

Assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)

Edition 01.01.2017

Informations pratiques et juridiques

Le présent document client renseigne de manière claire et succincte sur l'identité de l'assureur et sur les principaux éléments du contrat d'assurance.

Quelles sont les bases légales?

Les bases légales de l'assurance sont:

- la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) et les ordonnances y relatives (OLAA, OPA, etc.);
- la Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ainsi que son ordonnance (OPGA).

Qui est l'assureur?

Le partenaire contractuel est Mutuel Assurances SA (ci-après «assureur») dont le siège est rue des Cèdres 5, Case postale, CH-1919 Martigny.

Qui est le preneur d'assurance?

Le preneur d'assurance est l'employeur ou l'indépendant qui a conclu le contrat d'assurance.

Qui sont les personnes assurées?

Assurance obligatoire

Sont assurés tous les travailleurs, y compris les travailleurs à domicile, les stagiaires, les volontaires et les apprentis.

Assurance facultative

Sont assurés les personnes exerçant une activité lucrative indépendante ainsi que les membres de famille s'ils ne sont pas assurés à titre obligatoire.

Etendue de la garantie d'assurance

Quels sont les accidents assurés?

Les prestations de l'assurance sont accordées pour les accidents professionnels et non professionnels.

Les travailleurs occupés à plein temps ou au moins 8 heures par semaine par un même employeur sont assurés contre les accidents professionnels et non professionnels. Les travailleurs dont l'horaire de travail n'atteint jamais, chez aucun des employeurs concernés, 8 heures par semaine, ne sont assurés que contre les accidents professionnels.

Quel est le début, la fin et la suspension de la couverture d'assurance?

Assurance obligatoire

La garantie d'assurance commence à produire ses effets le jour où les rapports de travail commencent selon le contrat de travail ou que naît le droit au premier salaire.

Elle cesse de produire ses effets à l'expiration du 31^e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins.

Assurance facultative

La date de début de la couverture est stipulée dans la police. L'assurance est valable pendant 3 mois encore après la cessation d'activité.

Comment peut-on prolonger la couverture d'assurance?

L'assurance par convention permet de prolonger la couverture des accidents non professionnels au-delà du terme légal pendant 6 mois au plus. La convention doit être conclue avant l'expiration de la garantie d'assurance et la prime est due par la personne qui la souscrit.

Prestations de l'assurance

Quelles sont les prestations pour soins et les remboursements de frais?

Prestations en nature:

- Traitement médical (les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger sont remboursés jusqu'au maximum du double du coût en Suisse pour le même traitement);
- Moyens auxiliaires.

Prestations en espèces:

- Indemnité journalière à hauteur de 80% du gain assuré à partir du 3^e jour qui suit celui de l'accident;
- Rente d'invalidité à hauteur de 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale;

- Rente de survivants à hauteur de 40% du gain assuré pour les veuves/veufs, 15% pour les orphelins de père ou de mère, 25% pour les orphelins de père et de mère (le cumul de ces prestations ne peut excéder 70% au maximum).

Quel est le gain assuré?

Assurance obligatoire

Les indemnités journalières et les rentes sont calculées sur la base du salaire assuré. Le gain assuré est égal au salaire déterminant pour l'AVS jusqu'à CHF 148'200.- par an au maximum.

Assurance facultative

Pour l'assurance facultative, le gain assuré doit se situer pour l'employeur et le travailleur indépendant entre CHF 66'690.- et CHF 148'200.- au maximum et doit se situer entre CHF 44'460.- et CHF 148'200.- au maximum pour les membres de famille.

Réductions et refus des prestations d'assurance

Quand l'assureur peut-il refuser d'octroyer ses prestations?

Si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires.

Si l'assuré a participé à des actes de guerre, de terrorisme ou de banditisme, aucune prestation d'assurance n'est allouée.

Quand l'assureur peut-il réduire ses prestations?

Si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave ou s'il a été exposé à des dangers extraordinaires et dans le cas d'entreprises téméraires, la loi prévoit des possibilités de réduction.

Primes

Qui a l'obligation de payer les primes?

- Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
- Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et maladies professionnels sont à la charge de l'employeur. Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge du travailleur.

Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré

Quelles sont les obligations du preneur d'assurance?

Le preneur d'assurance a l'obligation de:

- annoncer immédiatement à l'assureur chaque événement assuré qui pourrait donner droit à des prestations;
- fournir à l'assureur tous les renseignements nécessaires et tenir à sa disposition les pièces servant à établir les circonstances de l'accident;
- payer les primes;

- informer les travailleurs assurés qui quittent l'entreprise de leur droits et obligations;
- déclarer les salaires;
- informer l'assureur de toute aggravation sensible du risque. Le détail des obligations du preneur d'assurance est stipulé dans les conditions générales d'assurance et dans la loi y relative.

Quelles sont les obligations de la personne assurée?

L'assuré/les ayants droits a/ont l'obligation de:

- annoncer le sinistre de suite à son employeur ou à son assureur;
- fournir à l'assureur/employeur tout document de nature à établir le droit aux prestations;
- délier le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur;
- collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteurs de sinistres, gestionnaires, médecins etc.);
- déposer une demande de prestations auprès de l'Assurance Invalidité au plus tard dans les 6 mois qui suivent le début de l'incapacité;
- participer, dans les limites de ce qui peut raisonnablement être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle.

Le détail des obligations du preneur d'assurance est stipulé dans les conditions générales d'assurance et dans la loi y relative.

Informations importantes

Comment sont traitées les données personnelles?

L'assureur traite les données personnelles du preneur d'assurance et des personnes assurées, notamment les données relatives au preneur d'assurance, au contrat, à l'encaissement et aux sinistres, avec toute la confidentialité nécessaire. Ces données sont conservées sous forme physique ou électronique et protégées par des mesures techniques et organisationnelles contre une lecture non autorisée. Leur transmission à des tiers n'est autorisée que selon les exceptions prévues par la loi, par le présent document ou avec l'accord de la partie concernée. Le but du traitement de ces données consiste en particulier à l'évaluation du risque, la gestion du contrat, le calcul de la prime et le traitement des sinistres. Le preneur d'assurance autorise le Groupe Mutuel, les caisses et/ou sociétés membres du Groupe Mutuel ainsi que d'éventuels mandataires à traiter les données nécessaires en relation avec ses contrats d'assurance. Ces derniers s'engagent à mettre en oeuvre toutes les mesures nécessaires afin de respecter les dispositions légales relatives à la protection des données. Si le preneur d'assurance a mandaté un courtier pour gérer le contrat, il s'engage à en informer les employés assurés et s'assure que le mandataire respecte la législation en la matière, notamment les dispositions de la Loi sur la protection des données.

Enfin, les pièces du dossier peuvent à tout moment être consultées conformément à la loi sur la protection des données.

Où peut-on obtenir des renseignements plus détaillés?

Des informations plus détaillées sont disponibles auprès de votre assureur ou directement sur le site internet www.groupemutuel.ch.

Conditions générales d'assurance (CGA) couverture d'assurance-accidents selon la LAA

LAAAM02-F1 – Edition 01.01.2017

Table des matières

A. Généralités

- Art. 1 Droit applicable
Art. 2 Acceptation du contrat, droit de rectification
Art. 3 Classification et recours

B. Etendue de l'assurance

- Art. 4 Police d'assurance

C. Début et fin du contrat

- Art. 5 Début et fin du contrat

D. Primes

- Art. 6 Obligation de payer les primes
Art. 7 Perception de la prime
Art. 8 Assurance facultative
Art. 9 Adaptation des taux de primes

E. Dispositions diverses

- Art. 10 Obligations du preneur d'assurance
Art. 11 Obligations de l'assuré/des ayants droits
Art. 12 Clause courtier
Art. 13 Communications

A. Généralités

Art. 1 Droit applicable

1. Si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations de l'assurance sont accordées pour les accidents professionnels et non professionnels. Les maladies professionnelles sont assimilées aux accidents professionnels conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) et l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA).
2. Les bases juridiques du contrat sont constituées par:
 - a. Les présentes conditions générales d'assurance, ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants;
 - b. Les déclarations écrites dans la proposition, les autres déclarations écrites du preneur d'assurance;
 - c. La loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) et les ordonnances y relatives (OLAA, OPA, etc);
 - d. La loi sur la protection des données (LPD) à laquelle se conforme l'assureur pour tout traitement des données;
 - e. La Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ainsi que son ordonnance (OPGA).

Art. 2 Acceptation du contrat, droit de rectification

Si la teneur du contrat ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte, faute de quoi la teneur en est considérée comme acceptée.

Art. 3 Classification et recours

Le contrat constitue, en ce qui concerne le classement dans le tarif des primes, une décision au sens de l'article

49 (LPGA). Le preneur d'assurance peut, dans les 30 jours, attaquer cette décision par voie d'opposition; elle peut être présentée par écrit à l'assureur qui a pris la décision ou lors d'un entretien personnel oral avec celui-ci. Elle doit être motivée. L'opposition présentée oralement doit être consignée par l'assureur dans un procès-verbal et doit être signée par l'opposant. La procédure d'opposition est gratuite. Il n'est alloué aucun dépens.

B. Etendue de l'assurance

Art. 4 Police d'assurance

La police d'assurance stipule les détails de la couverture d'assurance, notamment les personnes assurées et les conditions particulières éventuelles.

C. Début et fin du contrat

Art. 5 Début et fin du contrat

1. Début du contrat
L'entrée en vigueur du contrat est indiquée dans la police. Le contrat est conclu pour une durée de trois ou cinq ans.
2. Fin du contrat
A l'échéance du contrat et sauf avis de résiliation réceptionné au plus tard le 30 septembre, le contrat est reconduit tacitement d'année en année.
L'assurance facultative prend fin pour chaque assuré:
 - a. à la résiliation du contrat;
 - b. dès le moment où il est soumis au régime de l'assurance obligatoire;
 - c. au moment de son exclusion pour non paiement de primes ou pour fausse déclaration;
 - d. trois mois après la cessation de l'activité lucrative in-

dépendante ou de la collaboration au titre de membre de la famille non assuré obligatoirement.

D. Primes

Art. 6 Obligation de payer les primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et maladie professionnels sont à la charge de l'employeur.

Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge du travailleur. Les conventions contraires en faveur du travailleur sont réservées.

Art. 7 Perception de la prime

1. Acompte de primes
Les primes pour chaque année civile sont payables d'avance. Moyennant une majoration prévue par l'OLAA, le preneur d'assurance peut échelonner le paiement des primes par semestre ou par trimestre. Le délai de paiement des primes est d'un mois à compter de l'échéance. A l'expiration de ce délai et selon les modalités prévues dans l'OLAA, l'assureur prélève un intérêt moratoire de 0,5 % par mois.
2. Sur demande du preneur d'assurance, la prime provisoire peut être modifiée par l'assureur.
3. Décompte définitif de primes
 - a. A la fin de l'année civile, le décompte de prime est établi sur la base du salaire AVS pour autant qu'il ne dépasse pas le maximum du gain assurable. Les autres particularités ressortent du formulaire de déclaration de salaires. Le preneur d'assurance a un délai d'un mois pour remplir la déclaration des salaires assurés payés durant l'année civile écoulée.
 - b. Si le formulaire de déclaration de salaires n'est pas fourni dans ce délai, l'assureur somme le preneur d'assurance. Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent.
4. Prime forfaitaire
Lorsque le contrat prévoit une prime forfaitaire, l'assureur renonce à un décompte annuel basé sur le salaire effectif. Si le total des salaires annuels des assurés à titre obligatoire dépasse CHF 10'000, le preneur d'assurance est tenu d'en aviser l'assureur et d'acquitter, cas échéant rétroactivement pour cinq ans au plus, la surprime nécessaire conformément au tarif.

Art. 8 Assurance facultative

Dans les limites prévues par la LAA, le montant du gain assuré est convenu entre l'assureur et l'assuré à la conclusion du contrat et peut être modifié au début de chaque année civile. Les prestations en espèces sont calculées en fonction de la perte effective de salaire.

Art. 9 Adaptation des taux de primes

1. En cas de modification du tarif de primes ou du classement des entreprises dans les classes et degrés de celui-ci, l'assureur propose l'adaptation du contrat à partir de la prochaine année civile. Pour ce faire il doit en informer

le preneur d'assurance au moins deux mois avant l'entrée en vigueur de la modification.

2. En cas de hausse des taux de prime nets ou de hausse du supplément de prime pour frais de gestion (en pourcent), le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la notification de l'assureur. Ces dispositions ne s'appliquent pas en cas de modifications des autres suppléments de prime.

E. Dispositions diverses

Art. 10 Obligations du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance a l'obligation de:

- annoncer immédiatement à l'assureur chaque événement assuré qui pourrait donner droit à des prestations;
- fournir à l'assureur tous les renseignements nécessaires et tenir à sa disposition les pièces servant à établir les circonstances de l'accident;
- payer les primes;
- informer les travailleurs assurés qui quittent l'entreprise des mesures nécessaires;
- déclarer les salaires;
- informer l'assureur de toute aggravation sensible du risque.

Art. 11 Obligations de l'assuré/des ayants droits

L'assuré/les ayants droits a/ont l'obligation de:

- annoncer le sinistre de suite à l'employeur/l'assureur;
- fournir à l'employeur/l'assureur tout document de nature à établir le droit aux prestations;
- délier le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur;
- collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteurs de sinistres, gestionnaires, médecins, etc.);
- déposer une demande de prestations auprès de l'Assurance Invalidité au plus tard dans les 6 mois qui suivent le début de l'incapacité ou, sur invitation de l'assureur, auprès d'une autre institution sociale;
- participer, dans les limites de ce qui peut raisonnablement être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle.

Art. 12 Clause courtier

Si le preneur d'assurance mandate un courtier, celui-ci mène les relations d'affaires avec l'assureur. Il transmet toutes les demandes et réponses, sauf paiements, de l'une des deux parties vers l'autre. Ces données sont considérées comme arrivées chez le preneur d'assurance lorsqu'elles parviennent au courtier.

Art. 13 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées à l'administration générale de l'assureur ou à l'une de ses agences officielles.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.

Conditions générales d'assurance (CGA) Couverture collective contre les accidents complémentaire à la LAA

LAACAM02-F10 – Edition 01.01.2011

Table des matières

A. Etendue de l'assurance

- Art. 1** Bases du contrat d'assurance
- Art. 2** Personnes assurées
- Art. 3** Objet de l'assurance
- Art. 4** Définitions
- Art. 5** Début et fin de la couverture d'assurance
- Art. 6** Passage à l'assurance individuelle
- Art. 7** Validité territoriale
- Art. 8** Réduction des prestations en cas de faute grave, dangers extraordinaires et entreprises téméraires

B. Prestations

- Art. 9** Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)
- Art. 10** Indemnité journalière
- Art. 11** Invalidité
- Art. 12** Décès
- Art. 13** Prestations sous forme de rente pour le salaire excédentaire LAA
- Art. 14** Adaptation du droit aux prestations au moment de la retraite
- Art. 15** Extension de la couverture d'assurance en complément à l'assurance LAA
- Art. 16** Détermination des prestations assurées
- Art. 17** Imputation sur les réclamations en responsabilité civile

C. Primes

- Art. 18** Calcul de la prime
- Art. 19** Prime anticipée et décompte définitif de la prime
- Art. 20** Remboursement de la prime non courue
- Art. 21** Modification du tarif des primes
- Art. 22** Sommutation

D. Participation aux excédents

- Art. 23** Calcul de la participation aux excédents

E. Sinistres

- Art. 24** Obligations du preneur d'assurance
- Art. 25** Obligation de déclaration
- Art. 26** Conséquences de la déclaration tardive de l'accident

F. Début et fin du contrat

- Art. 27** Durée du contrat et résiliation
- Art. 28** Modification du risque assuré

G. Dispositions finales

- Art. 29** Cession et mise en gage des prestations
- Art. 30** Prescription
- Art. 31** Communications
- Art. 32** Lieu d'exécution et for

A. Etendue de l'assurance

Art. 1 Bases du contrat d'assurance

1. La proposition d'assurance, les présentes conditions générales ainsi que la police d'assurance et ses avenants constituent les bases du contrat d'assurance.
2. Le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 pour les questions qui ne sont pas réglées par les bases mentionnées ci-dessus.
3. Le contrat est également régi par la loi sur la protection des données (LPD) à laquelle se conforme l'assureur pour tout traitement des données.

Art. 2 Personnes assurées

1. Sont assurées les personnes appartenant à l'un des groupes d'assurés indiqués dans la police, pour autant

qu'elles soient soumises à l'assurance accidents obligatoire LAA pour l'activité assurée dans le présent contrat.

2. Limite d'âge:
Peuvent être affiliées aux assurances les personnes qui sont âgées de 15 ans révolus, mais qui n'ont pas atteint l'âge de l'AVS.
3. Travailleurs à temps partiel:
Pour les travailleurs occupés à temps partiel, qui en raison de leur durée de travail dans l'entreprise assurée, ne sont couverts par l'assurance accidents obligatoire que pour les accidents professionnels et pour les maladies professionnelles, la couverture de la présente assurance complémentaire est également limitée aux accidents professionnels et aux maladies professionnelles. Pour ces personnes, les accidents qui se produisent sur le chemin du travail sont réputés accidents professionnels.

Art. 3 Objet de l'assurance

1. L'assurance s'étend aux accidents professionnels, aux accidents non professionnels et aux maladies professionnelles, conformément aux garanties stipulées dans la

police, pour lesquels la Loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA) intervient ou interviendrait.

2. Sont exclus de l'assurance:
 - les dommages intentionnels,
 - les accidents provoqués par l'assuré en commettant un crime ou un délit (y compris les accidents sous l'influence de l'alcool),
 - les accidents survenus lors de tremblements de terre,
 - les suites d'événements de guerre:
 - en Suisse et au Lichtenstein,
 - à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que l'accident survienne dans les 14 jours suivant le début de ces événements,
 - les accidents survenus lors du service militaire à l'étranger,
 - la participation à des actes de guerre, de terrorisme et de banditisme,
 - la participation à des rixes et bagarres, à moins que l'assuré ne soit blessé par des protagonistes alors qu'il ne prenait aucune part à ces actions ou qu'il venait en aide à une personne sans défense,
 - les dommages dus aux radiations ionisantes de tout genre. Cette exclusion ne vise pas les affections consécutives aux traitements par rayons prescrits sur ordre médical à la suite d'un événement assuré.

Art. 4 Définitions

1. Accident professionnel:
Par accident professionnel, on entend tout accident au sens de la loi sur l'assurance accidents LAA atteignant l'assuré dans l'exercice de son activité lucrative. Tous les autres accidents sont réputés non professionnels.
2. Maladie professionnelle:
Par maladie professionnelle, on entend celle au sens de la loi sur l'assurance accidents LAA; la maladie est assimilée aux accidents professionnels dès le jour où elle s'est déclarée, respectivement dès que l'assuré doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est en incapacité de travail.

Art. 5 Début et fin de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance débute au plus tôt à la date fixée dans la police et cesse au plus tard à l'extinction de la police.
2. Pour chaque assuré, la couverture débute le jour où il commence à travailler ou aurait dû commencer son travail en vertu de l'engagement, mais en tout cas dès le moment où il prend le chemin pour se rendre à son travail.
3. La couverture d'assurance prend fin pour chaque assuré la veille du jour où il commence ou aurait dû commencer le travail auprès d'un autre employeur. Les cas de rechutes, pour autant qu'il y ait une intervention de l'assureur LAA, sont indemnisés au maximum jusqu'à une durée de cinq ans après la survenance de l'accident assuré dans le cadre du présent contrat.

4. L'assurance s'éteint à l'expiration du jour qui précède l'entrée chez un nouvel employeur, ou à l'inscription au chômage, mais au plus tard à la fin du 30e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins. Pour les travailleurs occupés à temps partiel, qui ne sont assurés que pour les accidents professionnels et les maladies professionnelles, l'assurance s'éteint le dernier jour de travail.

La couverture d'assurance prend également fin en cas de chômage ou lors d'interruption de travail au cours desquelles l'assuré cesse d'être rémunéré, que la couverture ait été fixée en fonction du salaire ou sur la base d'un montant conventionnel.

5. L'assureur versera des prestations uniquement si la survenance de l'accident ou de la lésion corporelle ou la dernière mise en danger avant la déclaration de la maladie professionnelle a eu lieu pendant la durée de validité du contrat collectif.

Art. 6 Passage à l'assurance individuelle

1. En cas de cessation du contrat de travail avec le preneur d'assurance ou si la police est résiliée, l'assuré peut, dans les 30 jours, demander le passage dans l'assurance individuelle pour autant qu'il soit domicilié en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein. Son assurance continue alors comme assurance complémentaire. Ne peuvent être assurées que les prestations d'assurance qui l'étaient déjà jusqu'alors.
2. La continuation de l'assurance a lieu conformément aux conditions et tarifs de l'assurance individuelle en vigueur au moment du passage dans cette dernière. Est déterminant l'âge de la personne à assurer au moment de son entrée dans l'assurance collective.

Art. 7 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

Art. 8 Réduction des prestations en cas de faute grave, dangers extraordinaires et entreprises téméraires

L'assureur renonce à réduire ses prestations pour tous les accidents assurés par ce contrat et dus à une faute grave, des dangers extraordinaires ou des entreprises téméraires au sens de la législation sur l'assurance accidents LAA sous réserve de l'article 3 alinéa 2.

B. Prestations

Art. 9 Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)

a. Assurance complémentaire à la LAA

Lorsque les frais de traitement sont assurés, et selon la couverture choisie, l'assureur prend à sa charge, au maximum pour une durée de cinq ans à partir du jour de l'accident, la différence entre les prestations dues par l'assureur LAA et celles prévues ci-après (assurance complémentaire à la LAA).

Les soins et traitements doivent être administrés par du personnel médical reconnu au sens de la LAA:

1. Traitement médical

Les frais de traitement, y compris les médicaments et analyses.

2. Hospitalisation

Conformément à la classe d'assurance stipulée dans la police, les frais de traitement et les frais hôteliers d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.

3. Séjours de cure et de convalescence

Les frais pour le traitement ordonné médicalement dans un établissement de cures ou de convalescence. Les frais supplémentaires pour le séjour et la pension sont indemnisés en complément à l'assureur LAA. jusqu'à concurrence de Fr. 200.– par jour, au maximum 30 jours par séjour, jusqu'à concurrence de 120 jours pour le même accident.

4. Médecine alternative

Le montant prévu des frais des thérapies dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.

Liste des thérapies «médecine douce»

Naturopathie:

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, biorésonance, biothérapie, chromothérapie, conseil en nutrition, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morathérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

Techniques du toucher:

acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, eurythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

Psychothérapie:

biodynamique, sophrologie, tomatisme (méthode):

- tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

5. Déduction pour frais d'entretien

Prise en charge de la déduction pour les frais d'entretien en cas de séjour dans un établissement hospitalier opérée par l'assureur LAA.

6. Moyens auxiliaires

Les frais pour la première acquisition des moyens auxiliaires destinés à compenser une lésion corporelle, la limitation ou la perte d'une fonction (prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques).

Les frais pour la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) d'objets destinés à remplacer morphologiquement ou fonctionnellement une partie du corps, dans l'hypothèse où ceux-ci ont été endommagés ou détruits lors d'un accident assuré entraînant une lésion corporelle nécessitant un traitement.

7. Soins à domicile

Sont pris en charge en complément à la LAA, le montant des frais prodigués par du personnel infirmier sur prescription médicale pendant la durée du traitement.

8. Aide au ménage

Si une incapacité de travail d'au moins 50% est attestée, l'assuré bénéficie d'une indemnité de Fr. 50.– par jour, au maximum 120 jours par accident. L'indemnisation d'une personne vivant en ménage commun avec la personne accidentée est exclue.

9. Frais de transport

Les frais nécessaires pour le transport de l'assuré jusqu'au lieu de traitement, durant toute la durée du traitement. Le transport aérien sera pris en charge s'il est justifié pour des raisons médicales ou techniques.

10. Levée et transport du corps

Les frais nécessaires pour le transport jusqu'au lieu d'ensevelissement, dans la mesure où le décès est consécutif à un accident assuré.

11. Opérations de recherches

Les frais nécessaires, jusqu'à concurrence de Fr. 20'000.– par assuré.

b. Prestations de tiers

1. Lorsque les frais de guérison selon lettre a sont dus en vertu de l'assurance invalidité fédérale ou de toute autre assurance sociale, l'assureur complète ses prestations jusqu'à concurrence des frais de traitement occasionnés.
2. Lorsque les frais de guérison sont garantis par plusieurs assurances auprès d'assureurs agréés, l'ensemble des prestations ne peut excéder le total des frais effectifs résultant de l'accident. L'assureur n'interviendra que dans la proportion existant entre les prestations assurées par lui et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.
3. Dès la survenance du sinistre, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations venues, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable.

Art. 10 Indemnité journalière

a. Droit

Pour autant que l'assuré ait droit à une indemnité journalière en vertu de l'assurance accidents (LAA), l'assureur alloue à l'assuré atteint d'une incapacité de travail attestée médicalement, l'indemnité journalière convenue dans la police. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente convenu. Le délai d'attente se calcule dès la date reconnue par le médecin pour le début de l'incapacité de travail. Il commence à courir au plus tôt le jour qui suit celui de l'accident.

A réception d'un certificat médical intermédiaire ou final, l'assureur indemnise l'assuré jusqu'à la date indiquée sur le certificat par le praticien mais au plus jusqu'à la fin du mois en cours, pour autant que l'assureur ne demande pas un examen médical supplémentaire.

b. Durée des prestations

L'indemnité journalière est versée au maximum durant 5 ans à compter du jour de l'accident, mais dans tous les cas au plus tard jusqu'au versement du capital invalidité selon l'article 11 des présentes conditions générales.

c. Incapacité partielle de travail

En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en proportion du degré d'incapacité de travail est versée par l'assureur pendant la durée prévue à la lettre précédente.

Les jours d'incapacité partielle sont comptés comme jours entiers, aussi bien pour le calcul du délai d'attente que pour la durée des prestations.

d. Prestations de tiers

Dans la mesure où l'assuré a également droit à des prestations de l'assurance invalidité fédérale ou de toute autre assurance sociale, l'assureur complète ces prestations jusqu'à concurrence de la perte de gain effective de l'assuré. Il paie au maximum l'indemnité journalière convenue.

Dès la survenance du sinistre, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations convenues, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable.

Lorsque l'indemnité journalière est garantie par plusieurs assurances conclues auprès d'assureurs agréés, la perte de salaire totale est indemnisée une fois seulement. L'assureur n'intervient que dans la proportion existant entre les prestations assurées par lui et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.

b. Prestations en capital

1. Droit aux prestations

Le capital d'invalidité est versé dès que l'invalidité est réputée permanente.

2. Degré d'invalidité

Le degré d'invalidité est fixé selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance accidents (OLAA) et des tables de la SUVA.

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

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. Si plusieurs parties du corps ou plusieurs organes sont touchés suite au même accident, les divers pourcentages sont pondérés. Le degré d'invalidité ne peut toutefois pas excéder 100%.

3. Prestations en capital constant

Calcul du capital:

- Le capital d'invalidité est calculé en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de progression choisie.
- Si l'assuré était déjà invalide avant l'accident, l'assureur paie un capital proportionnel au degré d'invalidité découlant directement de l'accident.

Variante de progression:

- Dans l'hypothèse où l'assurance invalidité progressive a été conclue, le capital d'invalidité est calculé selon la variante de progression choisie et le tableau ci-dessous:

Art. 11 Invalidité

a. Genres de prestations

L'assureur paie, selon la couverture choisie:

- un capital invalidité indépendant de l'âge de l'assuré (prestations en capital constant, selon lett. b, ch. 3 ci-dessous) et/ou,
- des frais de chirurgie esthétique (selon lett. c ci-dessous) et/ou,
- des frais de réadaptation professionnelle (selon lett. d ci-dessous).

Prestations en % de la somme d'assurance

Degré d'inval. %	Indemnisation selon variantes		
	sans progr.	A	B
100	100	225	350
99	99	222	345
98	98	219	340
97	97	216	335
96	96	213	330
95	95	210	325
94	94	207	320
93	93	204	315
92	92	201	310
91	91	198	305
90	90	195	300
89	89	192	295
88	88	189	290
87	87	186	285
86	86	183	280
85	85	180	275
84	84	177	270
83	83	174	265
82	82	171	260
81	81	168	255
80	80	165	250
79	79	162	245
78	78	159	240
77	77	156	235
76	76	153	230
75	75	150	225
74	74	147	220
73	73	144	215
72	72	141	210
71	71	138	205
70	70	135	200
69	69	132	195
68	68	129	190
67	67	126	185
66	66	123	180
65	65	120	175
64	64	117	170
63	63	114	165
62	62	111	160
61	61	108	155
60	60	105	150
59	59	102	145
58	58	99	140
57	57	96	135
56	56	93	130
55	55	90	125
54	54	87	120
53	53	84	115

Prestations en % de la somme d'assurance

Degré d'inval. %	Indemnisation selon variantes		
	sans progr.	A	B
52	52	81	110
51	51	78	105
50	50	75	100
49	49	73	97
48	48	71	94
47	47	69	91
46	46	67	88
45	45	65	85
44	44	63	82
43	43	61	79
42	42	59	76
41	41	57	73
40	40	55	70
39	39	53	67
38	38	51	64
37	37	49	61
36	36	47	58
35	35	45	55
34	34	43	52
33	33	41	49
32	32	39	46
31	31	37	43
30	30	35	40
29	29	33	37
28	28	31	34
27	27	29	31
26	26	27	28
25	25	25	25
24	24	24	24
23	23	23	23
22	22	22	22
21	21	21	21
20	20	20	20
19	19	19	19
18	18	18	18
17	17	17	17
16	16	16	16
15	15	15	15
14	14	14	14
13	13	13	13
12	12	12	12
11	11	11	11
10	10	10	10
9	9	9	9
8	8	8	8
7	7	7	7
6	6	6	6
5	5	5	5

c. Dommages esthétiques

Si l'accident a provoqué un défigement physique grave et permanent (dommages esthétiques) qui ne donne pas droit à un capital invalidité selon lettre b ci-dessus mais constitue néanmoins un préjudice psychique susceptible de porter une atteinte certaine à l'avenir économique ou à la situation sociale de l'assuré, l'assureur paie une indemnité égale à:

- 10% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque cette mutilation affecte le visage,
- 5% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque cette mutilation affecte d'autres parties normalement visibles du corps.

L'indemnité due pour de tels dommages ne dépassera en aucun cas la somme de Fr. 20'000.-.

d. Frais de réadaptation professionnelle

Si, à la suite du même accident, une réadaptation à une autre profession est nécessaire, l'assureur prend à sa charge, en plus des prestations mentionnées sous lettres b et c, les frais adéquats non couverts par d'autres assurances qui en découlent, mais au maximum Fr. 20'000.-.

Art. 12 Décès

a. Droit

Si l'accident a comme conséquence le décès d'un assuré, l'assureur verse le capital décès convenu aux bénéficiaires dans l'ordre suivant:

1. Conjoint survivant

Le conjoint survivant a droit au capital décès. Dans l'hypothèse où le mariage a été contracté après l'accident, l'existence du droit est subordonnée à la condition que la promesse de mariage ait été publiée avant l'accident ou que le mariage ait duré deux ans au moins lors du décès de l'assuré.

2. Enfants

Les enfants de l'assuré décédé qui n'ont pas accompli leur 18^e année, respectivement leur 25^e année pour ceux qui effectuent un apprentissage ou des études, ont droit au capital décès à parts égales.

Sont également assimilés les enfants dont les frais d'entretien et d'éducation étaient assumés gratuitement et de manière durable par l'assuré au moment de l'accident. A défaut de l'un d'eux, la part qui lui serait revenue échoit à ses héritiers.

3. Autres survivants, à condition qu'ils formaient une communauté domestique avec l'assuré au moment du décès

- Aux père et mère, à parts égales.
- A défaut, aux frères et sœurs, à parts égales. Si l'un des frères ou sœurs est déjà décédé, sa part sera versée à ses descendants. L'ensemble des prestations d'assurance revient au conjoint survivant dans l'hypothèse où l'assuré laisse aussi bien un conjoint que des enfants après sa mort.
- 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 10% du montant du capital en cas de décès, mais au maximum Fr. 10'000.-.

b. Cumul des prestations

D'éventuelles prestations en cas d'invalidité déjà payées pour les suites du même accident (cf art. 11 des dites conditions générales), sont déduites des prestations en cas de décès.

c. Faute d'un survivant

Celui qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré est déchu de son droit à des prestations. Le survivant ayant provoqué le décès de l'assuré par une négligence grave se verra réduire les prestations en espèces qui lui reviennent. Elles peuvent être refusées dans les cas particulièrement graves.

Art. 13 Prestations sous forme de rente pour le salaire excédentaire LAA

a. Rente d'invalidité

- Pour la part du salaire dépassant le salaire LAA (salaire excédentaire), l'assureur paie, selon la couverture convenue, en cas d'invalidité totale, une rente d'invalidité de 80% du salaire excédentaire assuré. Pour une invalidité partielle, la rente est diminuée en conséquence. Les dispositions de la LAA sont en outre applicables, à l'exception de celles concernant la rente complémentaire. Toutefois, le droit à la rente prend fin lorsque l'assuré atteint l'âge de l'AVS.
- L'assureur se réserve le droit de racheter les rentes d'invalidité d'un montant mensuel inférieur à Fr. 200.-.

b. Rentes de survivants

Pour la part du salaire dépassant le salaire LAA (salaire excédentaire), l'assureur paie, selon la couverture convenue, en cas de décès, les rentes de survivants suivantes:

- 40% du gain assuré pour les veuves et les veufs,
- 15% du gain assuré pour les orphelins de père ou de mère,
- 25% du gain assuré pour les orphelins de père et de mère,
- 70% du gain assuré au plus et en tout lors du concours de plusieurs survivants.

Les dispositions de la LAA sont en outre applicables, à l'exception de celles concernant la rente complémentaire.

L'assureur se réserve le droit de racheter les rentes d'invalidité d'un montant mensuel inférieur à Fr. 200.-.

Art. 14 Adaptation du droit aux prestations au moment de la retraite

Dès le premier jour du mois qui suit celui pendant lequel l'assuré atteint l'âge de la retraite fixé dans la Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), l'assureur adapte les prestations comme suit:

a. Invalidité

La somme d'assurance est limitée au maximum à Fr. 100'000.- (variante sans progression).

b. Décès

La somme d'assurance est limitée au maximum à Fr. 30'000.-.

Art. 15 Extension de la couverture d'assurance en complément à l'assurance LAA

1. Si elle a été convenue dans la police, l'extension de la couverture LAA prévoit, en plus des prestations garanties par la police, que l'assureur complète les prestations en espèces de l'assurance accidents LAA lorsque les prestations sont réduites à la suite d'un accident causé par une faute ou en cas d'entreprises téméraires.
2. L'article 3 al. 2 des présentes conditions générales demeure réservé.
3. L'assureur a le droit de racheter en tout temps, à leurs valeurs actuelles, les prestations en rentes dues dans le cadre de l'extension de la couverture d'assurance en complément à l'assurance LAA. Les droits de l'assuré découlant de l'accident sont alors entièrement éteints.
4. Les prestations en rentes fournies dans le cadre de l'extension de la couverture d'assurance en complément à l'assurance LAA ne sont pas indexées.

Art. 16 Détermination des prestations assurées

1. L'indemnité journalière peut être soit une indemnité fixe, soit calculée d'après le gain journalier assuré.
2. Les prestations en cas d'invalidité et de décès sont calculées d'après:
 - a. le gain annuel assuré, ou
 - b. la combinaison de capitaux convenue dans la police.
3. Sauf disposition contraire prévue dans la police, qu'il s'agisse du salaire LAA ou du salaire excédentaire (part du salaire total excédant le salaire LAA), le gain assuré est déterminé selon les dispositions de la législation sur l'assurance accidents.

Sauf convention contraire stipulée dans la police, le gain déterminant total est limité au maximum à Fr. 400'000.- par assuré et par année.

Art. 17 Imputation sur les réclamations en responsabilité civile

Les indemnités versées en vertu des présentes conditions générales sont imputées sur les éventuelles prétentions en responsabilité civile de l'assuré ou ses survivants à l'encontre du preneur d'assurance ou d'autres membres de l'entreprise.

C. Primes

Art. 18 Calcul de la prime

La prime dans l'assurance complémentaire LAA est calculée en se fondant sur le salaire AVS ou convenu des personnes assurées. Sont en outre valables les différentes dispositions de la Loi fédérale suisse sur l'assurance accidents LAA et les ordonnances y relatives.

Art. 19 Prime anticipée et décompte définitif de la prime

1. Le preneur d'assurance paie une prime fixée provisoirement au début de chaque année d'assurance (prime anticipée) correspondant au mieux à la prime effective présumée.

Dans l'hypothèse où un paiement par acomptes a été convenu, les acomptes arrivant à échéance au cours de l'année d'assurance sont dus.

L'article 20 des présentes conditions générales demeure réservé.
2. Un décompte définitif de la prime est établi à la fin de chaque année d'assurance ou à la suite de l'annulation du contrat. Le preneur d'assurance est tenu de remplir le formulaire permettant à l'assureur de connaître toutes les données nécessaires à l'établissement du décompte définitif et de fournir copie du décompte AVS y relatif. Le montant total des sommes assurées ne doit pas dépasser les coûts effectifs du dommage.

Si les informations nécessaires ne sont pas fournies dans les 30 jours dès l'envoi, l'assureur somme le preneur d'assurance de s'exécuter dans les 14 jours dès l'envoi de la sommation.

Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent d'un pourcentage qu'il fixera à son gré.

Les suppléments ou ristournes de prime doivent être versés dans les 30 jours qui suivent la remise du décompte définitif.

L'assureur peut immédiatement dénoncer le contrat si le preneur d'assurance ne retourne pas ce formulaire dans les délais.

L'assureur communique au preneur d'assurance le montant d'une éventuelle prime complémentaire, payable dans un délai d'un mois.

Le montant versé en trop est porté en acompte sur la prime provisoire de l'année suivante ou, sur demande, remboursé au preneur d'assurance.

Les parties contractantes renoncent à la prime complémentaire, respectivement à la prime payée en trop, dans la mesure où elle est inférieure à Fr. 20.-.
3. Lorsque le montant de la prime complémentaire ou de la prime payée en trop est supérieur à Fr. 500.-, l'assureur peut adapter dans la même mesure la prime anticipée pour la prochaine année d'assurance.

Art. 20 Remboursement de la prime non courue

1. Lorsque le contrat est résilié avant l'expiration de l'année d'assurance, l'assureur rembourse au preneur d'assurance la prime qui correspond à la partie non écoulée de la période d'assurance en cours et renonce à exiger le versement d'acomptes ultérieurs.
2. La réglementation de l'alinéa précédent n'est pas applicable en cas de résiliation du contrat par le preneur d'assurance à la suite d'un sinistre, durant l'année qui suit la conclusion dudit contrat.
3. Les dispositions relatives au décompte définitif de la prime selon l'article 19 ci-dessus demeurent réservées.

Art. 21 Modification du tarif des primes

1. L'assureur peut adapter le taux de prime en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres, ainsi qu'en cas de modification du classement des entreprises dans les classes et degrés du tarif opérée en vertu de l'article 92, alinéa 5 LAA; l'adaptation du contrat prend effet à partir de la prochaine année d'assurance.
2. L'assureur doit informer le preneur d'assurance des nouvelles dispositions du contrat au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année civile. Dans ce cas, le preneur d'assurance a alors le droit de résilier la partie du contrat d'assurance qui a été modifiée, pour la fin de l'année civile en cours. Pour être valable, la résiliation doit être postée en recommandé et réceptionnée au plus tard le 31 décembre. Le preneur d'assurance qui ne résilie pas le contrat sera considéré comme ayant accepté les adaptations faites au niveau des primes.

Art. 22 Somation

Lorsque la prime ou les acomptes de prime ne sont pas payés dans les délais, l'assureur somme le débiteur de s'en acquitter, avec les frais, dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation et lui rappelle les conséquences de la demeure. Si la prime arriérée majorée des frais n'est pas acquittée dans le délai imparti, les obligations de l'assureur sont suspendues à l'expiration de ce délai.

D. Participation aux excédents

Art. 23 Calcul de la participation aux excédents

1. Les modalités de la participation aux excédents (périodicité, parts de frais et d'excédent) sont décrites dans la police.
2. L'excédent est obtenu en déduisant des primes définitives de la période, les frais administratifs et les coûts des sinistres survenus durant celle-ci.

3. La part aux excédents est versée selon les dispositions prévues dans la police. Le décompte de participation est établi après paiement des primes définitives et liquidation des sinistres de la période; s'il existe des sinistres en suspens pour la période concernée, il est alors différé jusqu'à leur règlement. Une éventuelle perte n'est pas reportée sur la période du décompte suivant.
4. Le droit à une participation aux excédents s'éteint lorsque la police prend fin avant le terme de la période convenue.

E. Sinistres

Art. 24 Obligations du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est tenu d'autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter au besoin les livres et pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation, à défaut de quoi l'assureur se réserve le droit de suspendre toute prestation. En cas de fausse déclaration de masse salariale, l'assureur peut suspendre les prestations dès la date de réception de ladite déclaration jusqu'au paiement de la prime corrigée basée sur la déclaration exacte. Dans les cas graves, l'assureur peut se départir du contrat et exiger la prime pour l'année civile en cours.

Art. 25 Obligation de déclaration

1. L'assuré doit aviser, par écrit et sans retard, son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Si l'assuré décède des suites de l'accident, cette obligation incombe, dans les 48 heures, aux survivants qui ont droit à des prestations.
2. L'employeur doit aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un assuré de son entreprise a été victime d'un accident qui nécessite un traitement médical, provoque une incapacité de travail ou cause le décès de l'assuré.

Art. 26 Conséquences de la déclaration tardive de l'accident

1. En cas de retard inexcusable de l'avis d'accident dû à l'assuré ou à ses survivants, l'assureur peut réduire toutes ou certaines prestations pour le temps précédant l'envoi de l'avis; il peut aussi réduire les prestations de manière générale de moitié, voire de la totalité en cas de déclaration d'accident intentionnellement fausse.
2. Si l'employeur omet de manière inexcusable de déclarer l'accident, il peut être tenu pour responsable par l'assureur des conséquences pécuniaires qui en résultent.

F. Début et fin du contrat

Art. 27 Durée du contrat et résiliation

1. Au terme de la durée convenue dans la police, le contrat se renouvelle tacitement d'année en année s'il n'est pas dénoncé trois mois au moins avant son expiration.
2. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'assureur ou au preneur d'assurance, au plus tard le jour qui précède le début du délai de trois mois.
3. Si le contrat est conclu pour une durée inférieure à un an, il expire sans autre au jour convenu.
4. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 14 jours après qu'il ait eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur d'assurance se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets dès réception de l'avis de résiliation par l'assureur.
5. Toute résiliation doit être notifiée par lettre recommandée.

Art. 28 Modification du risque assuré

a. Aggravation du risque

- Dans la mesure où un fait important (ex.: modification du genre de l'entreprise ou de la profession assurée) survient, et qu'il entraîne une aggravation du risque, le preneur d'assurance est tenu de l'annoncer immédiatement à l'assureur par écrit.
- A défaut d'avis, celui-ci n'est plus lié par le contrat pour l'avenir.
- Le risque aggravé est couvert dans la mesure où le preneur d'assurance satisfait à son obligation d'avis. L'assureur a toutefois le droit, dans les 14 jours suivant la réception de la communication par le preneur d'assurance, de résilier le contrat.
- La dénonciation prend alors effet deux semaines après la notification.
- Une éventuelle surprime est due dès la survenance de l'aggravation.

b. Reprise d'une autre entreprise

Lorsque le preneur d'assurance cesse d'exploiter son entreprise et en reprend une autre similaire dans l'année, ceci n'a aucune influence sur la continuation de l'assurance. Le preneur d'assurance est cependant tenu d'informer sans délai l'assureur de ce changement, afin qu'une adaptation du contrat à la nouvelle situation puisse avoir lieu.

G. Dispositions finales

Art. 29 Cession et mise en gage des prestations

Les assurés ne peuvent ni céder, ni mettre en gage leurs créances envers l'assureur sans le consentement de celui-ci.

Art. 30 Prescription

Les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation.

Art. 31 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées à l'administration générale de l'assureur ou à l'une de ses agences officielles dont les adresses figurent sur une liste mise à disposition par l'assureur.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.

Art. 32 Lieu d'exécution et for

1. Sauf dispositions particulières contraires, les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et en francs suisses.
2. En cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. Si le preneur d'assurance ou l'ayant droit est domicilié à l'étranger, le siège de l'assureur est le for exclusif.

Assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA

Edition 01.09.2016

Informations pratiques et juridiques conformément à la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)

La présente information client renseigne de manière claire et succincte sur l'identité de l'assureur et sur les principaux éléments du contrat d'assurance, ainsi que l'exige l'art. 3 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

Qui est l'assureur?

Le partenaire contractuel est Mutuel Assurances SA (ci-après «assureur») dont le siège est rue des Cèdres 5, Case postale, CH-1919 Martigny.

Quels sont les risques pris en charge par l'assurance et quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

L'assurance couvre les conséquences économiques d'une incapacité résultant d'une maladie par quoi il faut entendre toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité. Les complications liées à la grossesse sont assimilées à une maladie.

Selon les dispositions de la police, la couverture d'assurance peut s'étendre au risque 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, médicalement et objectivement décelable.

Selon les dispositions de la police, la couverture d'assurance peut prévoir le versement d'une indemnité complémentaire en cas de maternité.

La couverture d'assurance concerne l'incapacité de travail, à savoir la perte totale ou partielle de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui.

En cas d'incapacité de travail de plus de six mois, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain, à savoir toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché de travail équilibré.

Le preneur d'assurance a le choix entre les deux couvertures suivantes:

Variante 1: L'assureur verse l'indemnité journalière convenue dans la police pendant au maximum 730 jours, en coordination LPP. Le délai d'attente éventuel est imputé sur la durée des prestations.

Variante 2: L'assureur verse l'indemnité journalière convenue dans la police pendant au maximum 730 jours compris dans une période de 900 jours consécutifs pour une ou plusieurs incapacités. Le délai d'attente éventuel est imputé sur la durée des prestations.

Tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont imputés à charge du contrat collectif.

Le détail de l'étendue des prestations est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

La police d'assurance stipule le début et l'échéance du contrat, les risques assurés (maladie, accident, maternité), le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations, le pourcentage du salaire assuré, la variante de couverture et le délai d'attente choisis ainsi que les conditions particulières éventuelles.

Quels sont les taux de primes?

Les taux de primes dépendent des risques assurés et de la couverture souhaitée. La prime est calculée sur la base des taux de primes et des salaires déclarés par l'employeur.

Qui est le preneur d'assurance et qui sont les personnes assurées?

Le preneur d'assurance est l'employeur qui a conclu le contrat d'assurance.

Les personnes assurées peuvent notamment être:

- les salariés;
- le propriétaire d'une raison individuelle et les membres de sa famille si mentionnés nommément dans la police;
- les sociétaires si mentionnés dans la police.

Quelles sont les obligations du preneur d'assurance?

Les obligations du preneur d'assurance sont définies dans la police d'assurance et dans les conditions générales d'assurance.

Il a notamment l'obligation d'informer les personnes assurées de la teneur principale du présent contrat, de ses modifications et de sa résiliation. Pour ce faire, il reçoit des documents de l'assureur.

Le preneur d'assurance doit également informer les personnes assurées sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance en cas de sortie du cercle des assurés ou lorsque le contrat prend fin.

Le preneur d'assurance est par ailleurs tenu de remplir les obligations suivantes:

- annoncer les incapacités de travail **dans les 15 jours suivant leur survenance**;
- communiquer immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité;
- remettre à l'assureur le formulaire de déclaration des salaires lors de la facturation définitive et, sur demande, les décomptes AVS des personnes assurées;
- autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter au besoin les livres et pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS;
- fournir tout document de nature à établir le droit aux prestations;
- informer l'assureur sur une éventuelle aggravation du risque (modification du genre de l'entreprise ou de la profession assurée).

Le détail des obligations du preneur d'assurance est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Quelles sont les obligations de l'assuré?

L'assuré est tenu de remplir les obligations suivantes:

- consulter un médecin autorisé à son cabinet au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité;
- collaborer avec l'assureur et les autres institutions d'assurance sociale;
- tout entreprendre pour réduire le dommage;
- informer l'assureur avant d'entreprendre un séjour à l'étranger, dans les cas prévus à l'art 16 al. 3 des conditions générales d'assurance;
- **lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigation engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.**

Le détail des obligations de l'assuré est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Dans quels cas l'assureur peut-il réduire ou refuser les prestations d'assurance?

La couverture d'assurance peut être réduite ou refusée dans les cas suivants (liste non exhaustive):

- si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas leurs obligations prévues dans les conditions d'assurance;
- si l'incapacité de travail n'est pas annoncée à l'assureur **dans les 15 jours suivant sa survenance**;
- si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité;
- si l'assuré refuse de collaborer avec l'assureur ou d'autres institutions d'assurance sociale;
- **lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance**;
- si l'assuré ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable, dans ce cas l'assureur peut aussi demander le remboursement de presta-

tions déjà avancées et facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;

- lors d'un séjour à l'étranger dans les cas prévus à l'art. 16 des conditions générales d'assurance;
- en cas de non-paiement des primes par le preneur d'assurance;
- en cas de réserve;
- pour les conséquences d'une intervention esthétique volontaire non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins;
- pour les conséquences d'événements de guerre dans les cas prévus à l'art. 18 ch. 1, let. d des conditions générales d'assurance.

Le détail des limitations de couverture est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Quand commence le contrat?

Le contrat est conclu dès que l'assureur a communiqué l'acceptation de la proposition.

Quand prend fin le contrat d'assurance?

Le preneur d'assurance peut mettre fin au contrat par résiliation dans les situations suivantes:

- à l'échéance du contrat indiquée dans la police moyennant un préavis écrit de 3 mois;
La résiliation est considérée comme intervenue à temps si elle parvient à l'assureur au plus tard le 30 septembre. Si le contrat n'est pas résilié, il est renouvelé tacitement d'année en année.
- après chaque sinistre pour lequel une prestation est versée, mais au plus tard dans les 14 jours après avoir eu connaissance du paiement par l'assureur;
- lorsque l'assureur adapte les primes;
Dans ce cas, la résiliation doit parvenir à l'assureur avant la fin de l'année civile.
- si l'assureur n'a pas rempli son devoir d'information légale selon l'art. 3 LCA;
Le droit de résiliation s'éteint 4 semaines après que l'assuré a eu connaissance de cette violation mais au plus tard un an après la contravention.

L'assurance prend également fin:

- à la cessation de l'activité ou à l'ouverture de la faillite de l'entreprise assurée;
- suite au non paiement des primes;
- au moment du transfert du siège ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger.

L'assureur peut mettre fin au contrat par résiliation dans les situations suivantes:

- à l'échéance du contrat indiquée dans la police, moyennant un préavis écrit de 3 mois;
Si le contrat n'est pas résilié, il est renouvelé tacitement d'année en année.
- si un fait important a été omis ou inexactement déclaré par le preneur d'assurance;
- suite au non paiement des primes;
- en cas de fraude ou de tentative de fraude du preneur d'assurance.

Ces listes ne mentionnent que les possibilités les plus courantes dans lesquelles il peut être mis fin au contrat. D'autres possibilités résultent des conditions générales d'assurance ainsi que de la LCA.

Quand débute la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance débute pour chaque assuré le jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur de la police.

Quand prend fin la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:

- à la fin du contrat de travail;
- en cas de non paiement des primes selon l'art. 21 des présentes conditions générales d'assurance;
- à la fin du contrat d'assurance ou dès sa suspension;
- au plus tard à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
- à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

Quand prend fin le droit aux prestations?

Le droit aux prestations cesse pour chaque assuré:

- à la suspension de la couverture d'assurance suite au non paiement des primes;
- à l'épuisement du droit maximal aux prestations;
- à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
- à la fin des rapports de travail de 3 mois ou moins;
- à la résiliation de la police, sous réserve du cas en cours non repris par un autre assureur.

Comment les données sont-elles traitées par l'assureur?

L'assureur traite les données personnelles du preneur d'assurance et des personnes assurées, notamment les données relatives au contrat, à l'encaissement et aux sinistres, avec toute la confidentialité nécessaire. Leur transmission à des tiers n'est autorisée que selon les exceptions prévues par la loi.

Les données de personnes séjournant à l'étranger peuvent aussi être transmises à des partenaires sis à l'étranger. Le but du traitement de ces données consiste en particulier à l'évaluation du risque, la gestion de la police, le calcul de la prime et le traitement des sinistres. Le preneur d'assurance et les assurés autorisent l'assureur et ses mandataires à traiter les données nécessaires en relation avec ses contrats d'assurance auprès des assureurs et/ou sociétés membres du Groupe Mutuel, Association d'assureurs. Ces données sont conservées sous forme physique et/ou électronique.

Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA

PC

PCAM03-F1 – Edition 01.09.2016

Table des matières

A. Généralités

- Art. 1** Objet de l'assurance
Art. 2 Bases juridiques du contrat
Art. 3 Définitions

B. Etendue de l'assurance

- Art. 4** Police d'assurance
Art. 5 Personnes assurées
Art. 6 Couvertures d'assurances
Art. 7 Affiliation avec examen du risque

C. Début et fin du contrat

- Art. 8** Début et fin du contrat
Art. 9 Résiliation sur sinistre
Art. 10 Prétention frauduleuse

D. Couverture d'assurance

- Art. 11** Début et fin de la couverture d'assurance
et du droit aux prestations
Art. 12 Passage à l'assurance individuelle

E. Indemnité journalière

- Art. 13** Prestations assurées
Art. 14 Congé non payé
Art. 15 Indemnité en cas de décès
Art. 16 Prestations à l'étranger

- Art. 17** Incapacité causée par faute
Art. 18 Limitation du droit aux prestations

F. Indemnité complémentaire en cas de maternité

- Art. 19** Prestations assurées

G. Perte de gain additionnelle

- Art. 20** Etendue de la couverture

H. Primes

- Art. 21** Paiement des primes
Art. 22 Adaptation du taux de prime
Art. 23 Décompte de prime
Art. 24 Participation aux excédents

I. Dispositions diverses

- Art. 25** Obligations du preneur d'assurance
Art. 26 Obligations de l'assuré
Art. 27 Prestations de tiers
Art. 28 Surindemnisation
Art. 29 Cession et mise en gage des prestations
Art. 30 Clause courtier
Art. 31 Communications
Art. 32 Lieu d'exécution
Art. 33 For

A. Généralités

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assureur porteur de risques est mentionné dans la police. Il accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, ou du congé à la suite d'un accouchement, selon les définitions des présentes conditions d'assurances, pour autant que ces risques soient inclus dans la police.

Art. 2 Bases juridiques du contrat

Les bases juridiques du contrat sont constituées par:

1. Les présentes conditions générales d'assurance, les éventuelles conditions complémentaires ou particulières ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants.

2. Les déclarations écrites dans la proposition, les autres déclarations écrites du preneur d'assurance et des assurés ainsi que les questionnaires médicaux respectifs.
3. La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).
4. La loi sur la protection des données (LPD) à laquelle se conforme l'assureur pour tout traitement des données.

Art. 3 Définitions

1. LAVS: Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LAI: Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LPP: Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
LAMal: Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAA: Loi fédérale sur l'assurance-accidents

LAM: Loi fédérale sur l'assurance militaire

LAPG: Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité

LAFam: Loi fédérale sur les allocations familiales

LACI: Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité

CO: Code des obligations

2. Atteinte à la santé

L'atteinte à la santé englobe la maladie et/ou l'accident.

3. Maladie

Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité. Les complications liées à la grossesse sont assimilées à une maladie.

4. 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, médicalement et objectivement décelable. Sont également assimilées à un accident, les suites d'accidents, les rechutes d'accidents, les lésions corporelles assimilées à un accident ainsi que les maladies professionnelles au sens de la LAA.

5. Congé maternité

Le congé maternité est une période ininterrompue qui débute à la date de l'accouchement et se termine à la fin de la durée la plus étendue prévue entre la LAPG et la loi cantonale applicable.

6. Incapacité

Sauf indication contraire, le terme incapacité concerne autant l'incapacité de travail que l'incapacité de gain.

7. Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de plus de six mois, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain.

8. Incapacité de gain

a. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré.

b. Seules les limitations médicales dues à l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

c. L'incapacité de gain se détermine par la différence entre le revenu obtenu avant l'incapacité de travail dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu moyen qui pourrait médicalement être réalisé dans une autre activité en tenant compte du niveau de compétences de l'assuré, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) en vigueur.

9. Cas d'assurance

Par cas d'assurance, on entend la survenance d'une incapacité donnant droit à des prestations ayant pour cause une ou plusieurs atteintes à la santé.

10. Rechute / nouveau cas d'assurance

Une incapacité rattachée médicalement à un cas d'assurance antérieur est considérée comme une rechute. La rechute ne sera considérée comme nouveau cas d'assurance que si elle intervient après un délai de 365 jours depuis la fin du droit aux prestations du cas d'assurance antérieur.

11. Travailleur détaché

L'assuré qui travaille à l'étranger pour un employeur suisse et celui qui séjourne à l'étranger dans un but de formation tout en étant rémunéré par son employeur suisse.

B. Etendue de l'assurance

Art. 4 Police d'assurance

La police d'assurance stipule les détails de la couverture d'assurance, notamment les risques assurés, le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations, le pourcentage du salaire assuré, le délai d'attente, la durée des prestations et les conditions particulières éventuelles.

Art. 5 Personnes assurées

1. Le cercle des personnes assurées est mentionné dans la police.
2. Les personnes assurées peuvent notamment être:
 - les salariés;
 - le propriétaire d'une raison individuelle et les membres de sa famille si mentionnés nommément dans la police;
 - les sociétaires si mentionnés dans la police.
3. Sauf accord explicite mentionné dans la police, la personne qui est totalement ou partiellement incapable de travailler au moment de l'entrée en vigueur de la police, respectivement au début du rapport de travail, n'est pas assurée. Elle l'est dès qu'elle a retrouvé, durant au moins 30 jours, sa pleine capacité de travail. La convention de libre passage reste réservée.
4. La personne qui perçoit une rente d'invalidité est assurée pour le gain qu'elle retire de sa capacité de travail résiduelle qu'elle exploite concrètement et durablement. Les dispositions sur la couverture additionnelle sont réservées pour les cas épuisés.

Art. 6 Couvertures d'assurances

1. Tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont à charge du contrat collectif.
2. Le preneur d'assurance peut choisir entre deux couvertures:
 - a. Variante 1
Les prestations sont allouées par cas d'assurance, au maximum pour une durée de 730 jours en coordination LPP.
 - b. Variante 2
La durée du droit aux prestations est de 730 jours civils dans une période de 900 jours consécutifs pour une ou plusieurs incapacités.

Art. 7 Affiliation avec examen du risque

Un examen de santé peut être exigé si la proposition ou la police le prévoit.

C. Début et fin du contrat

Art. 8 Début et fin du contrat

1. Entrée en vigueur
L'entrée en vigueur du contrat est indiquée dans la police, de même que son échéance, fixée au 31 décembre d'une année civile.
2. Renouvellement tacite du contrat
A l'échéance de la police et sauf avis de résiliation réceptionné au plus tard le 30 septembre de l'année civile, le contrat est reconduit tacitement d'année en année.
3. Fin du contrat
Le contrat prend fin:
 - a. à la cessation d'activité ou à l'ouverture de la faillite de l'entreprise assurée;
 - b. en cas de non paiement des primes au sens de l'art. 21, ch. 7 des présentes conditions générales;
 - c. au moment du transfert du siège ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger;
 - d. en cas de résiliation par le preneur d'assurance ou par l'assureur;
 - e. en cas de résiliation suite à une augmentation des primes au sens de l'art. 22 des présentes conditions générales;
 - f. si l'assureur n'a pas rempli son devoir d'information selon l'art. 3 LCA.

Art. 9 Résiliation sur sinistre

1. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 14 jours après qu'il ait eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets dès réception de l'avis de résiliation par l'assureur.
2. L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la LCA de se départir du contrat sur sinistre, excepté en cas d'abus, de fausse déclaration, de dol, de réticence ou de leurs tentatives.

Art. 10 Prétention frauduleuse

La police peut être annulée ou résiliée lorsque le preneur d'assurance a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.

D. Couverture d'assurance

Art. 11 Début et fin de la couverture d'assurance et du droit aux prestations

1. Début de la couverture d'assurance
La couverture d'assurance débute pour chaque assuré le jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur de la police.
2. Fin de la couverture d'assurance
La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:
 - a. à la fin du contrat de travail;
 - b. en cas de non paiement des primes selon l'art. 21 des présentes conditions générales d'assurance;
 - c. à la fin du contrat d'assurance ou dès sa suspension;
 - d. au plus tard à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
 - e. à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.
3. Fin du droit aux prestations
Le droit aux prestations cesse pour chaque assuré:
 - a. à la suspension de la couverture d'assurance suite au non paiement des primes;
 - b. à l'épuisement du droit maximal aux prestations;
 - c. à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
 - d. à la fin des rapports de travail de 3 mois ou moins;
 - e. à la résiliation de la police, sous réserve du cas en cours non repris par un autre assureur.

Art. 12 Passage à l'assurance individuelle

1. L'assuré domicilié en Suisse qui cesse d'appartenir au cercle des assurés, bénéficie du droit de poursuivre sa couverture dans l'assurance individuelle sans nouvelle réserve. Il doit faire valoir son droit dans les 90 jours suivant le jour où il quitte le cercle des assurés. Il a les mêmes droits et obligations en cas de résiliation de la police, sous réserve de l'art. 12, al. 6 des présentes conditions.
2. Le frontalier qui cesse d'appartenir au cercle des assurés, bénéficie du droit de poursuivre sa couverture dans l'assurance individuelle sans nouvelle réserve, s'il poursuit une activité salariée en Suisse. Il doit faire valoir son droit dans les 90 jours suivant le jour où il quitte le cercle des assurés. Il a les mêmes droits et obligations en cas de résiliation de la police, pour l'incapacité en cours, sous réserve de l'art. 12, al. 6 des présentes conditions.
3. Au moment du passage, l'assureur garantit une couverture à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par la police collective. L'indemnité journalière est réduite proportionnellement si le nouveau revenu effectif ou l'indemnité de chômage sont inférieurs.
4. Les tarifs et conditions générales d'assurance individuelle en vigueur sont applicables.
5. L'âge au moment de l'entrée dans l'assurance collective est déterminant pour le calcul de la prime.
6. Le droit au passage en qualité d'assuré individuel n'existe pas:

- a. en cas de résiliation de la police d'assurance collective et de la reprise de celle-ci par un autre assureur pour le même cercle de personnes ou des parties de celui-ci;
- b. pour l'indépendant, l'employeur et les membres de leur famille non assujettis à l'AVS;
- c. pour les personnes au bénéfice d'un contrat de travail de 3 mois ou moins, ainsi que pour le personnel auxiliaire occupé occasionnellement;
- d. si l'assuré quitte son emploi et passe dans l'assurance indemnité journalière d'un nouvel employeur;
- e. pour les assurés qui ont atteint l'âge AVS ou pris leur retraite.

E. Indemnité journalière

Art. 13 Prestations assurées

1. Incapacité partielle
 - a. L'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25%. Les jours d'incapacité inférieurs à ce taux, ne sont pas pris en compte pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.
 - b. Les jours d'incapacité partielle indemnisés sont comptés comme jours entiers.
2. Annonce de l'incapacité
 - a. Chaque incapacité totale ou partielle doit être annoncée à l'assureur dans les 15 jours qui suivent sa survenance. Après ce délai, le jour où l'assureur a pris connaissance de l'incapacité est réputé comme premier jour d'incapacité.
 - b. Si l'annonce est intervenue tardivement pour des motifs excusables, le versement d'indemnités journalières est limité à 180 jours précédant le jour de la communication.
3. Attestation médicale de l'incapacité
 - a. Si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité, l'assureur se réserve le droit de considérer le jour de l'établissement dudit certificat comme étant le premier jour d'incapacité.
 - b. L'assureur paie l'incapacité médicalement attestée et prouvée. Une attestation du médecin, basée sur des consultations régulières au cabinet, doit être remise à l'assureur au moins une fois par mois.
4. Droit aux prestations durant le congé maternité

L'obligation de prestations est suspendue pendant le congé maternité, sous réserve d'une indemnité journalière complémentaire aux allocations pour perte de gain en cas de maternité.
5. Assurance de dommage/somme

Sauf disposition explicite contraire, les indemnités journalières relèvent de l'assurance de dommage.
6. Droit aux prestations après l'âge AVS

Au-delà de l'âge AVS, la personne qui fait toujours partie du cercle des assurés, a droit à 180 indemnités journalières pour une ou plusieurs incapacités. Toutefois, si une incapacité a débuté avant l'âge AVS et pour autant que le maintien du contrat de travail ait été décidé avant l'incapacité,

le droit maximum après l'âge AVS est limité au solde des prestations prévues dans la police si celui-ci est inférieur à 180 jours.

7. Epuisement

L'assuré ne peut empêcher l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à celle-ci. Dans ce cas, l'assureur verse les prestations selon l'évaluation de l'incapacité par le médecin-conseil.
8. Calcul de l'indemnité journalière
 - a. L'indemnité journalière assurée est calculée sur la base de la déclaration de l'employeur faite par le biais des formulaires mis à sa disposition par l'assureur. Les allocations familiales sont prises en compte dès l'instant où elles ne sont plus perçues par un ayant droit.
 - b. Si l'indemnité est exprimée en pourcentage du salaire, elle est calculée pour les salaires horaires et les salaires mensuels, mais au maximum selon les règles prévues par la convention collective, comme suit:

Salaire horaire:

Salaire horaire de base brut (éventuellement avec 13ème salaire) multiplié par:

nombre d'heures hebdomadaires ou annuelles moyen multiplié par:

52 semaines (si nombre d'heures hebdomadaires) divisé par:

365 jours (y compris année bissextile) multiplié par:

pourcentage de couverture fixé.

Avec cette méthode, les suppléments pour vacances et jours fériés sont inclus dans le calcul de l'indemnité journalière. Sous salaire horaire de base brut, les jours fériés et les vacances ne sont pas ajoutés au salaire horaire de base.

Salaire mensuel:

Salaire mensuel multiplié par:

12 mois (ou 13 mois, si 13^e salaire) divisé par:

365 jours (y compris année bissextile) multiplié par:

pourcentage de couverture fixé.

9. Fluctuations salariales

Si le revenu est soumis à de fortes fluctuations (par ex. rémunération à la commission, travail d'auxiliaire irrégulier ou employé temporaire), l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu pendant les 12 mois précédant l'incapacité.
10. Augmentation de salaire

L'augmentation de salaire durant une incapacité peut être prise en compte si elle a été convenue avant l'incapacité ou si elle est prévue par une convention collective de travail.
11. Délai d'attente
 - a. L'indemnité journalière due est versée après l'expiration du délai d'attente choisi, pour chaque jour d'incapacité (dimanches et jours fériés y compris).
 - b. Si le délai d'attente par incapacité est prévu dans la police, il s'applique à chaque incapacité donnant droit à des prestations. En cas de rechute, seul l'éventuel délai d'attente restant est appliqué.
 - c. Si le délai d'attente par année civile est prévu dans la police, il s'applique une seule fois par année civile pour une ou plusieurs incapacités donnant droit à des

prestations. En cas d'incapacité sans interruption sur plusieurs années, le délai d'attente annuel ne s'applique qu'une seule fois.

- d. Lorsque l'incapacité en cours n'est plus due à un accident mais à une maladie, ou inversement, le délai d'attente est applicable au nouveau risque (accident, maladie), sauf lorsque les deux risques sont couverts par le même assureur.
- e. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations.

Art. 14 Congé non payé

1. Avant le départ de l'assuré, l'employeur doit communiquer à l'assureur, par écrit, la période du congé non payé fixée contractuellement, si celle-ci dépasse 1 mois. La durée maximale de couverture est de 12 mois. A défaut, la couverture est suspendue.
2. Le droit aux prestations reprend au plus tôt le jour du retour au travail prévu. Le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité.

Art. 15 Indemnité en cas de décès

En cas de décès de l'assuré résultant d'une incapacité donnant droit à des prestations, l'assureur verse l'indemnité journalière dans les limites du droit aux prestations et des dispositions de l'article 338 CO.

Art. 16 Prestations à l'étranger

1. Sous réserve de l'al. 3, lors d'un séjour à l'étranger, respectivement hors des environs du domicile pour le frontalier (rayon de 100 km), les prestations ne sont pas octroyées. Celles-ci sont allouées dès le retour dûment attesté de l'assuré en Suisse, respectivement dans les environs du domicile du frontalier. Toutefois, les prestations sont allouées durant la période où il se trouve hospitalisé pour autant qu'un rapatriement ne soit pas possible.
2. Le travailleur détaché a droit aux prestations aussi longtemps qu'il reste au bénéfice d'une couverture selon la LAA mais au maximum pendant 6 ans et ensuite dès son retour en Suisse.
3. Pendant son incapacité, l'assuré qui désire se rendre à l'étranger, respectivement le frontalier qui désire s'absenter des environs de son domicile (rayon de 100 km), doit en informer préalablement l'assureur. Ce dernier se réserve alors le droit de poursuivre l'octroi des indemnités journalières pendant un séjour limité, après analyse des circonstances. En l'absence de l'accord de l'assureur, les prestations sont refusées durant le séjour.

Art. 17 Incapacité causée par faute

L'assureur renonce à user du droit que lui confère la loi de réduire ses prestations pour les maladies causées volontairement ou par faute grave de la personne assurée.

Art. 18 Limitation du droit aux prestations

1. Les prestations sont refusées:
 - a. en cas de réserve ou de réticence;

- b. en cas d'incapacité résultant d'une intervention esthétique volontaire non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins;
- c. en cas d'incapacités dues à des tremblements de terre;
- d. en cas d'incapacités dues à des événements de guerre:
 - en Suisse;
 - à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que l'incapacité survienne dans les 3 mois après le début de ces événements.

e. lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;

- f. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par les rayonnements nucléaires, à l'exception des atteintes à la santé consécutives à un traitement médical;
 - g. en cas d'incapacités lors de service militaire à l'étranger.
2. Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement:
 - a. si l'accident est causé par la faute de l'assuré, en cas de dangers extraordinaires et d'entreprises téméraires au sens de la LAA;
 - b. si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas les obligations citées aux articles 25 et 26 des présentes conditions générales;
 - c. si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'inspection, (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable. Dans ce cas, l'assureur se réserve en outre le droit de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;
 - d. si l'assuré refuse de fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations;
 - e. si l'assuré ne procède pas ou pas à temps à une demande de prestations auprès de l'Assurance Invalidité. Dans ce cas, les indemnités journalières sont suspendues jusqu'au jour du dépôt de la demande.

F. Indemnité complémentaire en cas de maternité

Art. 19 Prestations assurées

Cette couverture est accordée si elle est souscrite dans la police.

1. L'indemnité complémentaire en cas de maternité est subordonnée au droit aux prestations maternité fédérales selon la LAPG ou cantonales.
2. Les couvertures ainsi que la durée de l'indemnité complémentaire en cas de maternité sont définies dans la police.
3. Les prestations maternité fédérales selon la LAPG et/ou cantonales sont déduites du montant à verser par l'assureur.

G. Perte de gain additionnelle

Art. 20 Etendue de la couverture

1. Si elle est souscrite dans la police, la perte de gain additionnelle assure le gain obtenu grâce à la capacité de travail que l'assuré exploite concrètement et durablement au sein de l'entreprise, après avoir épuisé son droit aux prestations pour un cas d'assurance. L'assuré bénéficie alors, pour ce même cas d'assurance, d'une nouvelle couverture de 180 jours durant une période de 5 ans depuis l'épuisement.
2. Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité de travail, mais n'est pas imputé sur la durée des 180 jours.
3. L'assuré ne peut avoir droit plus d'une fois aux prestations de la couverture additionnelle.
4. Si à l'échéance de la période des 5 ans depuis le début de la couverture additionnelle, l'assuré n'a pas épuisé les prestations de ladite couverture, il bénéficie à nouveau du droit à la couverture principale prévue dans la police dans le sens de l'art. 6 des présentes conditions générales d'assurance.

H. Primes

Art. 21 Paiement des primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. Sauf accord explicite mentionné dans la police, le taux de prime est fixé par année civile.
3. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans la police.
4. La prime provisoire peut être modifiée en tout temps par l'assureur.
5. Les acomptes de primes exigibles au cours de l'année civile d'assurance sont considérés comme des montants échelonnés à payer en vertu des délais octroyés. Ils peuvent être adaptés en tout temps à l'évolution de la masse salariale en cours d'année.
6. Lorsque la prime ou les acomptes ne sont pas payés dans les délais, l'assureur somme le débiteur de s'en acquitter, avec les frais, dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation et lui rappelle les conséquences de la demeure. Si la prime arriérée majorée des frais n'est pas acquittée dans le délai imparti, les obligations de l'assureur sont suspendues à l'expiration de ce délai.
 - Les sinistres survenus durant la période de suspension ne sont pas couverts.
 - Pour les sinistres en cours, le versement reprend à la date où les arriérés de prime ont été acquittés.
7. Si l'assureur ne poursuit pas le paiement de la prime arriérée en question et des frais dans les deux mois suivant l'expiration du délai de 14 jours, le contrat est réputé résilié.
8. Durant les périodes de suspension, les jours d'incapacité sont imputés sur la durée du droit aux prestations.

Art. 22 Adaptation du taux de prime

1. Sauf accord explicite mentionné dans la police, l'assureur est en droit d'adapter annuellement le taux de prime à l'évolution des sinistres ou en cas de modification du tarif des primes. Les adaptations s'effectuent pour le 1^{er} janvier de chaque année.
2. Le taux de prime peut être adapté lors de l'entrée en vigueur de nouvelles circonstances (fusion, scission, absorption, etc.) ainsi qu' en cas de modification déterminante de la composition du cercle des personnes assurées, pour autant que la masse salariale varie de plus ou moins 10%.
3. L'assureur informe le preneur d'assurance du nouveau taux de prime au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours.
4. Les modifications sont considérées comme approuvées si l'assureur n'a reçu aucun avis de résiliation par recommandé avant la fin de l'année civile.

Art. 23 Décompte de prime

Le décompte définitif de la prime est établi à la fin de l'exercice qui correspond à l'année civile, sur la base des documents fournis par le preneur d'assurance conformément à l'article 25 des présentes conditions d'assurance.

Art. 24 Participation aux excédents

1. Le preneur d'assurance reçoit la part convenue de l'éventuel excédent selon les dispositions prévues dans la police.
2. Le décompte est effectué 5 mois au plus tôt après la fin de la période de décompte, mais seulement après liquidation et indemnisation de tous les sinistres survenus durant cette période.
3. Lorsque les sinistres afférents à une période de décompte clôturée sont annoncés ou indemnisés après l'établissement du décompte, un nouveau décompte de participation est établi. L'assureur demande la restitution des excédents versés en trop.
4. Une éventuelle participation aux excédents est versée pour autant que la police d'assurance ait été en vigueur jusqu'à la fin de la période de décompte.
5. Lors du calcul de la participation aux excédents, tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont imputés à charge du contrat collectif.
6. Les primes et prestations relatives à l'indemnité complémentaire en cas de maternité ne sont pas prises en compte dans le calcul de la participation aux excédents.

I. Dispositions diverses

Art. 25 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assuré sur ses droits et obligations qui découlent de l'assurance, en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat prend fin.
2. En vertu du devoir d'information (art. 3 LCA), il est également tenu d'informer les personnes assurées sur les éléments essentiels du contrat.

3. Chaque incapacité totale ou partielle doit être annoncée à l'assureur dans les 15 jours qui suivent sa survenance. Après ce délai, le jour où l'assureur a pris connaissance de l'incapacité est réputé comme premier jour d'incapacité.
4. Le preneur d'assurance communique immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité.
5. Lors de la facturation définitive, le preneur d'assurance remet à l'assureur le formulaire de déclaration de salaires et sur demande les décomptes AVS des personnes assurées. Si le formulaire de décompte de salaires n'est pas fourni dans les 30 jours dès la demande de l'assureur, ce dernier somme le preneur d'assurance. Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent. L'article 21 des présentes conditions d'assurance est applicable par analogie pour le paiement de la prime complémentaire.
6. Le preneur d'assurance est tenu d'autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter au besoin les livres et les pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS, à défaut de quoi l'assureur se réserve le droit de suspendre ses obligations.
7. Le preneur d'assurance s'engage à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (procuration, certificats médicaux, pièces comptables ou administratives, etc.). L'assureur se réserve le droit de vérifier la vraisemblance du salaire déclaré.
8. Le preneur d'assurance doit informer l'assureur d'une éventuelle aggravation du risque (modification du genre de l'entreprise ou de la profession assurée).
6. L'assuré a l'obligation de diminuer le dommage ce qui inclut notamment la collaboration avec les institutions d'assurance sociale (Assurance Invalidité, assurance accident, assurance militaire, etc.).
7. L'assuré participe, dans les limites de ce qui peut raisonnablement être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle susceptibles d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
8. Au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité, l'assuré doit consulter un médecin autorisé à son cabinet et suivre ses prescriptions.
9. **Lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigation engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.**

Art. 26 Obligations de l'assuré

1. Durant son incapacité, l'assuré doit rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur).
2. L'assuré fournit à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (procuration, pièces médicales, décision et/ou décompte d'autres assureurs, etc.). Il avertit aussi immédiatement l'assureur de tout changement de sa situation susceptible d'influencer son droit aux prestations (modification du taux d'incapacité, inscription à l'assurance chômage, droit à des prestations de tiers, etc.).
3. L'assuré délègue le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur.
4. L'assuré doit collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteur de sinistres, gestionnaire, médecins, etc.). Il doit notamment suivre leurs prescriptions, fournir les documents demandés et répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées par l'assureur.
5. L'assuré a l'obligation de déposer une demande de prestations auprès de l'Assurance Invalidité au plus tard dans les 6 mois qui suivent le début de l'incapacité ou, sur invitation de l'assureur, auprès d'une autre institution sociale.

Art. 27 Prestations de tiers

1. L'assureur intervient subsidiairement à tout autre assureur social ou privé couvrant la perte de salaire/gain de l'assuré, et ceci dans les limites de la couverture prévue dans la police.
2. Si un tiers réduit ses prestations pour cause de sanction, l'assureur ne compense pas la diminution qui en résulte.
3. Lorsque plusieurs assureurs privés couvrent subsidiairement la perte de salaire/gain, le total des prestations qu'ils allouent ne peut dépasser la perte subie. Dans cette éventualité, l'assureur indemnise la perte de salaire/gain en proportion de l'indemnité journalière qu'il assure par rapport au total des indemnités journalières assurées.
4. Dès la survenance du risque assuré, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations contractuelles, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable.
5. Si, sans l'accord de l'assureur, l'assuré passe, avec un tiers tenu à prestations, une convention dans laquelle il renonce totalement ou partiellement aux prestations d'assurance ou de la réparation due, les prestations contractuelles correspondantes sont réduites en conséquence.
6. L'assureur avance les prestations aussi longtemps que l'assurance invalidité (LAI), une assurance accident (LAA), l'assurance militaire (LAM), une institution de prévoyance professionnelle (LPP) voire un assureur étranger ou privé n'établissent pas un droit à une rente. Dès l'octroi de la rente par l'une ou plusieurs des institutions précitées, l'assureur est en droit de demander directement auprès de ces dernières ou d'un éventuel autre tiers le remboursement des avances concédées. Le montant restitué reste acquis à l'assureur.
7. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours où les prestations sont réduites en raison de prestations de tiers comptent comme jours pleins.
8. En référence notamment aux conventions de libre passage, la durée durant laquelle les indemnités journalières ont été allouées par les précédents assureurs est imputée sur la durée maximale du droit aux prestations de l'assurance collective.

Art. 28 Surindemnisation

Les prestations de l'assureur, ou leur concours avec celles d'autres assureurs, ne doivent pas entraîner de surindemnisation de l'assuré. La surindemnisation, à savoir la part de l'indemnité journalière versée supérieure à la perte de salaire/gain effective ou au plus aux prestations prévues dans la police, doit être remboursée à l'assureur.

Art. 29 Cession et mise en gage des prestations

Le preneur d'assurance ne peut ni céder, ni mettre en gage sa créance envers l'assureur, sans consentement de celui-ci.

Art. 30 Clause courtier

Si le preneur d'assurance mandate un courtier, celui-ci mène les relations d'affaires avec l'assureur. Il transmet toutes les demandes et réponses, sauf les paiements, de l'une des deux parties vers l'autre. Ces données sont considérées comme arrivées chez le preneur d'assurance lorsqu'elles parviennent au courtier.

Art. 31 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées à l'administration générale de l'assureur ou à l'une de ses agences officielles.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.

Art. 32 Lieu d'exécution

Sauf dispositions particulières contraires, les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et en francs suisses.

Art. 33 For

En cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.