

Conditions générales de l'assurance indemnité journalière

PI

PIGA02-F1 – édition 01.02.2023

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 Conditions d'admission
Art. 6 Validité territoriale et temporelle

C. Début et fin de contrat

- Art. 7** Début et fin du contrat
Art. 8 Résiliation sur sinistre
Art. 9 Prétention frauduleuse

D. Couverture d'assurance

- Art. 10** Début et fin de la couverture d'assurance

E. Prestations assurées

- Art. 11** Conditions
Art. 12 Délai d'attente

- Art. 13** Prestations à l'étranger
Art. 14 Limitation du droit aux prestations
Art. 15 Fin du droit aux prestations

F. Primes

- Art. 16** Calcul des primes
Art. 17 Adaptation du taux de prime
Art. 18 Paiement des primes

G. Dispositions diverses

- Art. 19** Obligations de l'assuré
Art. 20 Prestations de tiers
Art. 21 Surindemnisation
Art. 22 Cession et mise en gage des prestations
Art. 23 Compensation
Art. 24 Adaptation des conditions d'assurance
Art. 25 Communications
Art. 26 Lieu d'exécution
Art. 27 For
Art. 28 Protection des données

L'entreprise d'assurance porteuse du risque est Groupe Mutuel Assurances GMA SA, ci-après l'assureur.

A. Généralités

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité résultant de la maladie ou d'un accident, pour autant que ces risques soient inclus dans la police. Les prestations ne sont pas versées pendant le congé maternité.

Art. 2 Bases juridiques du contrat

Les bases juridiques du contrat sont constituées par:

1. Les présentes conditions générales d'assurance (CGA) ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants.
2. Les déclarations mentionnées dans la proposition, les autres déclarations écrites de l'assuré ainsi que le questionnaire médical.
3. La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).
4. La loi sur la protection des données (LPD).
5. Le Code des Obligations (CO).

Art. 3 Définitions

1. Lois:

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

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, médicalement et objectivement décelable, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou

psychique ou qui entraîne la mort. 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. Incapacité:

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

6. Incapacité de travail:

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir les tâches habituelles de la profession exercée qui peuvent raisonnablement être exigées de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Dès l'instant où la reprise de la profession habituelle n'est plus possible, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain.

7. 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.

8. Cas d'assurance:

Par cas d'assurance, on entend une incapacité ayant pour cause une ou plusieurs atteintes à la santé qui peuvent survenir durant la même période d'incapacité.

9. Rechute:

Est considérée comme rechute, l'incapacité rattachée médicalement à une incapacité antérieure, qui survient durant la période de couverture et durant les 365 jours qui suivent la fin de l'incapacité antérieure. A ces conditions, la rechute fait partie du même cas d'assurance que l'incapacité antérieure.

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 de l'indemnité journalière, le délai d'attente et la durée des prestations.

Art. 5 Conditions d'admission

1. Toute personne domiciliée en Suisse, y exerçant une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus mais n'ayant pas atteint l'âge de 55 ans révolus, peut demander son adhésion.
2. Libre passage
 - a. Le passage dans la présente assurance individuelle d'une personne qui sort d'une assurance collective d'indemnités journalières conclue auprès de l'assureur est possible sous réserve des conditions de ladite assurance collective.
 - b. Le libre passage ne concerne que les risques maladie et accident.

- c. Dans le cadre d'un libre passage, le frontalier au bénéfice d'une activité lucrative en Suisse ou la personne domiciliée en Suisse, qui n'a pas encore atteint l'âge AVS, peut également demander son adhésion.
3. A l'exception des personnes en libre passage, un examen de santé est exigé.

Art. 6 Validité territoriale et temporelle

1. Validité territoriale

La couverture d'assurance est accordée aussi longtemps que l'assuré est domicilié en Suisse. Pour l'assuré domicilié à l'étranger, la couverture continue à être accordée aussi longtemps qu'il justifie d'un revenu provenant d'une activité lucrative en Suisse.

2. Validité temporelle

La personne qui est totalement ou partiellement incapable de travailler au moment de l'entrée en vigueur de la police n'est pas assurée. Elle l'est dès qu'elle a retrouvé, durant au moins 30 jours, sa pleine capacité de travail. Les cas de libre passage restent réservés.

C. Début et fin de contrat

Art. 7 Début et fin du contrat

1. Début du contrat

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 de l'activité lucrative,
- b. en cas de non-paiement des primes au sens de l'art. 18 al. 3 des présentes CGA,
- c. lorsque l'assuré domicilié à l'étranger ne justifie plus d'un revenu provenant d'une activité lucrative en Suisse,
- d. en cas de résiliation (notamment pour un juste motif au sens de la LCA),
- e. à l'épuisement du droit maximal aux prestations,
- f. à la fin du mois durant lequel l'assuré a atteint l'âge de la retraite AVS.

L'assureur ne possède pas de droit de résiliation à échéance au sens de l'art. 35a LCA.

Art. 8 Résiliation sur sinistre

1. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, l'assuré a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 14 jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si l'assuré se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets 14 jours après la notification de l'avis de résiliation à l'assureur. Ce dernier conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours si le preneur résilie le contrat durant l'année qui suit l'entrée en vigueur de la couverture

d'assurance. Dans les autres cas, la prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat.

2. L'assureur ne possède pas de droit de résiliation en cas de sinistre.

Art. 9 Prétention frauduleuse

L'assureur peut annuler ou résilier la police lorsque l'assuré a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.

D. Couverture d'assurance

Art. 10 Début et fin de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance débute au moment de l'entrée en vigueur de la police.
2. La couverture d'assurance cesse dans l'un des cas suivants:
 - a. à la fin du contrat au sens de l'art. 7 al. 3;
 - b. à la suspension du contrat.Concernant le droit aux prestations, l'article 15 des présentes CGA est applicable.

E. Prestations assurées

Art. 11 Conditions

1. 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.
2. Les jours d'incapacité partielle indemnisés sont comptés comme jours entiers. 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 en a pris connaissance est réputé comme premier jour d'incapacité, sous réserve de l'art. 19 al. 11 des présentes CGA. 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. Si le certificat initial atteste rétroactivement le début de l'incapacité (certificat antidaté), l'assureur se réserve le droit, en cas de doute, de considérer le premier jour d'incapacité au plus tôt 3 jours avant la 1ère consultation au cabinet, sous réserve de l'art. 19 al. 11 des présentes CGA.
4. 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.
5. Les indemnités journalières versées relèvent de l'assurance de dommage. L'indemnisation ne peut dépasser la perte de gain effective.
6. L'assureur indemnise l'incapacité uniquement lorsque la perte de salaire/de gain a pour origine une activité lucrative exercée en Suisse.

7. Les indemnités journalières sont versées sur un compte bancaire ou postal ouvert en Suisse dans la devise de la police.
8. Pour les rechutes, les jours d'incapacités de travail pris en compte antérieurement au présent contrat, soit par le précédent assureur, soit dans le cadre d'une assurance collective, sont imputées sur la durée maximale des prestations prévue par les présentes conditions générales.
9. L'assuré ne peut empêcher l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à celle-ci. Dans ce cas, les prestations sont versées selon l'appréciation du médecin-conseil.

Art. 12 Délai d'attente

1. 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).
2. 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 2 risques sont couverts par le même assureur.
3. Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité. En cas de rechute, seul l'éventuel délai d'attente restant est appliqué.
4. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations.

Art. 13 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. 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, ont droit aux indemnités journalières. La couverture d'assurance et le droit aux prestations prennent fin après 24 mois.
3. Pendant son incapacité, l'assuré qui désire se rendre ou s'établir à l'étranger, respectivement le frontalier qui désire s'absenter des environs de son domicile, doit en informer au préalable l'assureur. Après analyse des circonstances, ce dernier peut décider de poursuivre l'octroi des indemnités journalières. En l'absence de l'accord de l'assureur, les prestations à l'étranger sont refusées.

Art. 14 Limitation du droit aux prestations

1. Les prestations sont refusées:
 - a. en cas de réserve et 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,
 - h. en cas d'incapacité résultant d'une atteinte à la santé provoquée par l'assuré, (tentative de suicide, suicide, mutilation volontaire).
2. Les prestations sont réduites ou refusées:
 - a. si l'accident est causé par la faute de l'assuré, en cas de dangers extraordinaires ou d'entreprises téméraires au sens de LAA.
 - b. Les prestations peuvent être réduites, voire dans les cas graves, refusées si l'assuré ne respecte pas les obligations prévues à l'article 19 des présentes CGA.
 - c. Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction (p.ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations. L'assuré doit répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées par l'assureur.
 - d. lorsque l'assuré ne respecte pas le principe de la diminution du dommage, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie.
 3. Durant les périodes de suspension pour non-paiement des primes au sens de l'art. 18 des présentes CGA:
 - Les sinistres survenus ne sont pas couverts.
 - Pour les sinistres en cours, le versement reprend à la date où les arriérés de prime ont été acquittés avec les intérêts et les frais. Dans ce cas, les jours d'incapacité sont imputés sur la durée du droit aux prestations.
 4. Le droit aux prestations est suspendu aussi longtemps que la personne assurée est au bénéfice d'indemnités de l'assurance-maternité fédérale selon la LAPG ou cantonale. A défaut d'assurance-maternité fédérale selon la LAPG ou cantonale, le droit aux prestations est suspendu durant les 56 jours suivant l'accouchement si la grossesse a duré au moins 23 semaines.

Art. 15 Fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse dans l'un des cas suivants:

- a. en cas de résiliation du contrat d'assurance, sous réserve du cas en cours non repris par un autre assureur;
- b. à l'épuisement du droit maximal aux prestations;
- c. en cas de non-paiement des primes selon l'art. 18 des présentes CGA;
- d. à la fin du mois durant lequel l'assuré a atteint l'âge de la retraite AVS.

F. Primes

Art. 16 Calcul des primes

1. La prime se calcule sur la base du montant assuré et en fonction de la classe d'âge de l'assuré.
2. L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante.
3. Les classes d'âge déterminantes sont:
 - 15 à 20 ans;
 - dès la 21^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranche de 5 ans.
4. L'assureur informe l'assuré du nouveau taux au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours. L'adaptation de la prime lors du passage dans une classe d'âge supérieure est réputée comme approuvée si l'assureur n'a reçu aucun avis de résiliation avant la fin de l'année civile.

Art. 17 Adaptation du taux de prime

1. Le taux de prime peut être adapté pour chaque année civile en raison notamment:
 - de l'évolution de la charge des sinistres et/ou des frais administratifs;
 - d'adaptation de l'étendue des prestations des assurances sociales couvrant la perte de salaire/gain.
2. Les adaptations s'effectuent pour le 1^{er} janvier de chaque année civile.
3. L'assureur informe l'assuré du nouveau taux au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours. En cas d'augmentation de prime, si l'assuré s'y oppose, il peut en demander la résiliation au terme de l'année en cours.
4. Les modifications sont considérées comme approuvées si l'assureur n'a reçu aucun avis de résiliation avant la fin de l'année civile.

Art. 18 Paiement des primes

1. L'assuré est le débiteur des primes.
2. Lorsque la prime n'est pas payée 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.
3. 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.

G. Dispositions diverses

Art. 19 Obligations de l'assuré

1. L'assuré s'engage à annoncer chaque incapacité de travail dans les 15 jours qui suivent sa survenance et à fournir 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.).

Ces documents doivent être établis dans l'une des quatre langues nationales suisses ou en anglais. A défaut, ils doivent être accompagnés d'une traduction fiable. L'assuré doit aussi avertir 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.)

2. Durant son incapacité, l'assuré doit rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur.
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 les prescriptions de l'assureur, lui fournir les documents demandés et répondre à ses questions. Si l'assuré ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser des prestations, voire de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée.
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. Si l'assuré ne procède pas ou pas à temps à la demande de prestations, les indemnités journalières sont suspendues jusqu'au jour du dépôt de la demande.
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 doit participer, 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.
10. Le non-respect de ces obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations conformément à l'art. 14 al. 2 des présentes CGA.
11. Lorsque le manquement aux obligations ne résulte pas d'une faute ou si la personne assurée peut prouver que le manquement n'a aucune influence sur la survenance de l'événement et sur l'étendue des prestations, les sanctions ne s'appliquent pas.

Art. 20 Prestations de tiers

1. L'assureur intervient subsidiairement à tout autre assureur social 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 la perte de gain, le total des prestations qu'ils allouent ne peut dépasser la perte subie. Dans l'éventualité où plusieurs assurances de dommages entrent en concours, 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. En cas de concours avec une assurance de sommes, l'assureur intervient subsidiairement.
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. Dans la limite du droit aux prestations, 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 ou ceux où l'assureur ne doit rien verser en raison de prestations de tiers comptent comme jours pleins.

Art. 21 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, est compensée avec les prestations en cours ou doit être remboursée à l'assureur.

Art. 22 Cession et mise en gage des prestations

L'assuré ne peut ni céder, ni mettre en gage sa créance envers l'assureur, sans consentement de celui-ci.

Art. 23 Compensation

1. L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre les assurés.
2. Les assurés n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.

Art. 24 Adaptation des conditions d'assurance

1. L'assureur est en droit d'adapter les présentes CGA notamment lorsqu'il y a des modifications dans l'étendue des prestations des assurances sociales.

2. Les nouvelles conditions s'appliquent aux preneurs d'assurance et à l'assureur si elles sont adaptées selon le premier alinéa durant la validité de l'assurance.
3. L'assureur communique ces adaptations aux preneurs d'assurance. Si le preneur d'assurance ne les accepte pas, il peut résilier le contrat pour la date d'entrée en vigueur des adaptations. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours, il y a acceptation des nouvelles dispositions.
4. Font exception au droit de résiliation, les adaptations des conditions d'assurance qui n'entraînent aucun désavantage pour l'assuré.

Art. 25 Communications

1. Toutes les communications du preneur d'assurance doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indiquées sur les documents officiels de l'assureur, par écrit ou par tout autre moyen mis à disposition par l'assureur permettant d'en établir la preuve par un texte, exception faite des réseaux sociaux.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse postale ou électronique indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance. Ces communications peuvent être transmises par écrit ou par les autres moyens permettant d'en établir la preuve par un texte.
3. L'assureur peut aussi faire des communications d'ordre général aux assurés par le biais du journal à l'intention de ses assurés. L'assuré qui ne souhaite plus recevoir ce journal peut en faire la demande à l'assureur par écrit ou par tout autre moyen mis à disposition par l'assureur, dans ce cas l'assureur est dégagé de toute responsabilité relative aux communications publiées. Ces communications peuvent aussi être faites sur le site internet de l'assureur et dans un document joint à l'envoi annuel des polices d'assurance.

Art. 26 Lieu d'exécution

Les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et en francs suisses.

Art. 27 For

En cas de contestations, l'assuré 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.

Art. 28 Protection des données

Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Services SA traite les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, de la personne assurée, et le cas échéant de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après: personnes concernées) pour le compte de Groupe Mutuel Assurances GMA SA, votre assureur. Le traitement des données est délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après: Groupe Mutuel), une société de Groupe Mutuel Holding SA. Ces deux sociétés sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD). Par données personnelles, on entend notamment les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles on entend notamment les informations re-

latives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres. Sont principalement traitées les catégories de données personnelles et sensibles suivantes: les données déclaratives des personnes concernées, c'est-à-dire celles que le Groupe Mutuel peut être amené à recueillir auprès des personnes concernées lors de la manifestation d'intérêt et/ou de la souscription à des produits et services qu'il fournit ou distribue; les données relatives aux prestations fournies ou de fonctionnement des produits et services ou de leur utilisation, notamment lors de l'utilisation des services en ligne; les données provenant de tiers, d'autres services ou d'informations publiques quand cela est autorisé.

Base juridique

Le Groupe Mutuel traite les données personnelles et sensibles des personnes concernées et met en oeuvre les traitements sur la base des fondements juridiques suivants: le consentement des personnes concernées, respectivement le consentement exprès pour les données sensibles; les dispositions légales applicables aux activités du Groupe Mutuel (notamment la LPD); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et le preneur d'assurance; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant (au sens de la LPD) du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

Finalités

Les données personnelles et sensibles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect de ses obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économicité des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le détournement fiscal. A cet effet, ces données peuvent être communiquées, mutualisées et échangées entre le Groupe Mutuel et des tiers (voir ci-dessous). S'agissant des données utilisées à des fins statistiques, celles-ci sont anonymisées.

Sécurité

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurance et autres mandataires (par exemple un réassureur), s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires afin de respecter la législation relative à la protection des données. Ces dispositions comprennent notamment les mesures techniques, physiques et organisationnelles nécessaires pour préserver la sécurité des données personnelles et empêcher qu'elles ne soient modifiées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Transfert des données

Les données sont traitées de manière confidentielle et peuvent être communiquées à des tiers (par exemple: intermédiaires d'assurance, réassureurs, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée), y compris à l'étranger. Cette communication intervient sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement des

personnes concernées. Le consentement doit être exprès s'il s'agit de données sensibles. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers, ces derniers s'engagent dans le cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux intermédiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en oeuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

Profilage

Au cours de sa relation avec le Groupe Mutuel, il est possible que la personne concernée fasse l'objet d'un profilage marketing, afin que l'assureur lui propose des services et produits qui correspondent à ses attentes, son profil et ses besoins.

Durée de conservation

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre le Groupe Mutuel, l'assuré, l'intermédiaire d'assurance ou des tiers l'exigent.

Droits d'accès et de rectification

Les personnes concernées ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante:
dataprotection@groupemutuel.ch.

De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel:
www.groupemutuel.ch.