

# Conditions générales de l'assurance accidents individuelle SafetyPro

Edition 01.03.2023

## Table des matières

### A. Généralités

- Art. 1** Bases juridiques du contrat
- Art. 2** Objet de l'assurance
- Art. 3** Personnes assurées
- Art. 4** Validité territoriale

### B. Etendue de l'assurance

- Art. 5** Début et fin du contrat
- Art. 6** Début et fin de la couverture d'assurance
- Art. 7** Résiliation sur sinistre

### C. Prestations

- Art. 8** Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)
- Art. 9** Indemnité journalière d'hospitalisation
- Art. 10** Indemnité journalière
- Art. 11** Invalidité
- Art. 12** Capital en cas de décès
- Art. 13** Prestations à l'âge AVS

- Art. 14** Exclusions de l'assurance

- Art. 15** Réduction des prestations en cas de faute grave, dangers extraordinaires et entreprises téméraires

- Art. 16** Recours contre tiers responsables

### D. Primes

- Art. 17** Calcul des primes
- Art. 18** Paiement des primes
- Art. 19** Modification des primes

### E. Obligations et dispositions diverses

- Art. 20** Obligations de l'assuré
- Art. 21** Modification du risque assuré
- 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 et for
- Art. 27** Protection des données

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

## A. Généralités

### Art. 1 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 de l'assuré.
3. La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).
4. La loi sur la protection des données (LPD).
5. La loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) est applicable par analogie lorsque les présentes conditions générales le prévoient.
6. Le Code des Obligations (CO).

### Art. 2 Objet de l'assurance

1. L'assurance s'étend aux accidents professionnels, aux accidents non professionnels et aux maladies professionnelles, conformément aux définitions de la LAA et selon les garanties stipulées dans la police.

2. 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.
3. Pour certaines maladies professionnelles spécifiquement prévues par la LAA, les prestations sont calculées conformément à cette loi. Cependant, seule la proportion de la durée de l'exposition au danger pendant la période de couverture de la présente police par rapport à la durée totale de l'exposition est prise en compte.

### Art. 3 Personnes assurées

1. Toute personne domiciliée en Suisse, âgée de 15 ans révolus, n'ayant pas atteint l'âge AVS, peut adhérer à SafetyPro.
2. Libre passage
  - a. Le passage dans la présente assurance individuelle d'une personne qui sort d'une assurance collective contre les accidents complémentaire à la LAA conclue auprès de l'assureur est possible, sous réserve des conditions de ladite assurance collective.

- b. Dans le cadre d'un libre passage, le frontalier au bénéfice d'une activité lucrative en Suisse peut également demander son adhésion.

## Art. 4 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

## B. Etendue de l'assurance

### Art. 5 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 du contrat 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 pour toutes les couvertures

- a. en cas de résiliation par l'assuré ou par l'assureur;
- b. en cas de non paiement des primes selon l'art. 18 des présentes CGA;
- c. au moment du transfert du domicile de l'assuré à l'étranger sauf pour le frontalier ayant une activité lucrative en Suisse et au bénéfice d'un libre passage selon l'art. 3 al. 2 let. b des présentes CGA.

#### 4. Fin du contrat pour la couverture indemnité journalière

- a. à la fin du contrat selon l'alinéa 3;
- b. à la cessation de l'activité lucrative;
- c. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge de la retraite AVS;
- d. lorsque l'assuré domicilié à l'étranger ne justifie plus d'un revenu provenant d'une activité lucrative en Suisse.

### Art. 6 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. 5 al 3 et 4 des présentes CGA;
  - b. à la suspension du contrat.

### Art. 7 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 renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat sur sinistre, excepté en cas d'abus, de fausse déclaration, de dol, de réticence ou de leurs tentatives.

## C. Prestations

### Art. 8 Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)

#### A. Droit aux prestations

Lorsque les frais de traitement sont assurés, et selon la variante choisie, l'assureur prend à sa charge la partie non couverte par l'assurance LAA respectivement par l'assurance maladie (LAMal) des frais ci-après.

L'assureur rembourse les frais de traitement qui sont efficaces, appropriés et économiques.

La prise en charge débute à partir du jour de l'accident et au maximum pour une durée de cinq ans à partir de cette date.

Cette couverture relève de l'assurance de dommages.

##### 1. Traitement médical

Les soins et frais de traitements administrés par du personnel médical reconnu. L'assureur met à disposition une liste du personnel médical reconnu.

##### 2. Médicaments

Les frais de médicaments nécessaires, ordonnés ou délivrés par un médecin, à l'exception des préparations pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

##### 3. Hospitalisation

###### a. Couverture

Dans le cadre des tarifs reconnus par l'assureur pour la variante d'assurance stipulée dans la police:

- les prestations hôtelières en lien avec l'hébergement et la restauration;
- les mesures de diagnostics et les mesures thérapeutiques reconnues;
- les soins prodigués aux patients à l'hôpital;
- les honoraires des médecins;
- les honoraires des médecins qui fournissent des prestations de soins à l'hôpital à titre indépendant (médecins agréés).

###### b. Établissements reconnus

Seules les prestations dispensées par des établissements hospitaliers reconnus par l'assureur sont prises en charge. Les établissements reconnus ont conclu une convention tarifaire avec l'assureur pour les divisions correspondantes. L'assureur met à disposition une liste des établissements reconnus.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement auprès duquel il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.

Si un assuré est hospitalisé dans un établissement non reconnu, il lui sera alloué, dans la limite

de la division mi-privée CHF 800.– par jour, dans la limite de la division privée CHF 1000.– par jour. L'assureur se réserve le droit de refuser ou de limiter les prestations des honoraires des médecins agréés n'ayant pas de convention tarifaire avec l'assureur.

**c. Déduction pour frais d'entretien**

La déduction opérée par l'assureur LAA pour les frais d'entretien en cas de séjour dans un établissement hospitalier est également couverte.

**4. Séjours de cure et de convalescence**

Les frais pour le traitement ordonné médicalement dans un établissement de cure ou de convalescence reconnu par l'assureur. Les frais supplémentaires pour le séjour et la pension sont indemnisés jusqu'à concurrence de CHF 200.– par jour, au maximum 30 jours par séjour, jusqu'à concurrence de 120 jours par cas. L'assureur met à disposition une liste des établissements reconnus.

**5. Médecine alternative**

Le montant prévu des frais des thérapies dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapies naturelles reconnu par l'assureur jusqu'à concurrence de CHF 100.– par séance, au maximum CHF 2500.– par cas. L'assureur met à disposition une liste des prestataires reconnus. Liste des thérapies:

Naturopathie

Acupuncture, Aromathérapie, Auriculothérapie, Bio-résonance, Biothérapie, Chromothérapie, Conseil en nutrition, Electroacupuncture, Géobiologie, Herboristerie, Homéopathie, Iridologie, Irrigation colonique, Laserthérapie, Magnétisme, Magnétothérapie, Morothérapie, Naturopathie, Oxygénothérapie, Phytothérapie, Sympathicothérapie, Ventouses

Techniques du toucher

Acupressure, Drainage lymphatique, Etiopathie, Fasciathérapie, Intégration posturale, Kinésiologie, Massages, Médecine anthroposophique, Mésothérapie, Métamorphose, Orthobionomie, Ostéopathie, Polarité, Rééquilibration énergétique, Réflexologie, Reiki, Roling, Shiatsu, Trager, Training autogène

Autres

Biodynamique, Eurythmie, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis (méthode)

**6. Moyens auxiliaires**

Les frais pour la première acquisition ou la location des moyens auxiliaires, ordonnés médicalement, destinés à compenser une lésion corporelle, la limitation ou la perte d'une fonction (prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques) selon la liste mise à disposition par l'assureur. 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. Aide et soins à domicile**

L'assuré a droit à l'aide et aux soins à domicile prescrits par un médecin.

L'aide à domicile est octroyée pour autant qu'une incapacité d'au moins 50% soit attestée par un médecin et à condition qu'elle soit donnée par une personne exerçant cette activité à titre professionnel pour son propre compte ou celui d'une entreprise ou organisation officielle.

La limitation pour l'aide et les soins à domicile se monte à CHF 100.– par jour et au maximum CHF 6000.– par cas.

**8. Garde d'enfants**

L'assuré a droit à une prise en charge des frais pour la garde d'enfants jusqu'à 12 ans révolus, à condition que celle-ci soit effectuée par la Croix-Rouge ou une institution officielle poursuivant le même but.

La garde d'enfants est couverte, dans les limites prévues ci-dessous, pour autant qu'elle engendre un surcoût pour l'assuré et aussi longtemps que celui-ci justifie d'une incapacité d'au moins 50% attestée médicalement.

La limitation pour la garde d'enfants se monte à CHF 150.– par jour et au maximum CHF 6000.– par cas.

**9. Frais de transport**

Les frais médicalement nécessaires pour le transport de l'assuré jusqu'au lieu de traitement. Le transport aérien est pris en charge s'il est justifié pour des raisons médicales ou techniques.

**10. Levée et transport du corps**

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

**11. Opérations de recherches**

L'assureur verse en complément à l'assurance LAA ou à l'assurance maladie LAMal, les frais nécessaires aux opérations de recherches en vue du sauvetage de l'assuré jusqu'à concurrence de CHF 100 000.– par cas.

**B. Fournisseurs de prestations**

L'assureur peut mettre à disposition des listes des fournisseurs de prestations reconnus ou exclus.

Celles-ci peuvent être modifiées en tout temps et sont à disposition sur le site internet de l'assureur ou sur demande.

Les listes valables au moment du traitement sont déterminantes.

Une modification des listes n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

**C. Prestations de tiers**

Lorsque les frais de guérison, selon le présent article, sont dus en vertu de toute autre assurance sociale suisse ou étrangère, l'assureur complète ses prestations au maximum jusqu'à concurrence des frais de traitement occasionnés.

**D. Surindemnisation**

Lorsque les frais de guérison sont garantis par plusieurs assureurs, l'ensemble des prestations ne peut excéder le total des frais effectifs résultant de l'accident. L'assureur n'intervient que dans la proportion existante entre les prestations assurées par lui et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.

## Art. 9 Indemnité journalière d'hospitalisation

### 1. Droit aux prestations

L'assureur paie l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue dans la police pour tout séjour dans un établissement hospitalier ou de cure, pour autant qu'il soit médicalement nécessaire et prescrit par un médecin.

Le séjour est médicalement nécessaire s'il permet l'application d'un traitement médical apte à améliorer l'état de santé ou à empêcher un développement défavorable de celui-ci.

Le séjour dans un établissement de cure contrôlé médicalement n'est en outre couvert que dans la mesure où l'assuré suivait un traitement médical avant le début de la cure.

Lorsque des soins sont prodigués à domicile sur prescription médicale afin d'éviter une hospitalisation, l'assureur verse à l'assuré une indemnité journalière correspondant à la moitié de l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue.

### 2. Durée des prestations

L'indemnité journalière d'hospitalisation est versée dès le jour de l'accident:

- pour les séjours hospitaliers, durant au maximum 360 jours par cas;
- pour les séjours de cure ou de convalescence, durant au maximum 30 jours par séjour, jusqu'à concurrence de 120 jours pour le même cas;
- en cas de soins prodigués à domicile, la moitié de l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue est versée par l'assureur durant au maximum 200 jours de soins par cas.

### 3. Nature

Cette prestation relève de l'assurance de sommes.

## Art. 10 Indemnité journalière

### 1. Droit aux prestations

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 dans la police.

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.

### 2. Durée des prestations

L'indemnité journalière est versée, par accident, durant 730 jours dans une période de cinq ans à partir du jour de l'accident, mais dans tous les cas au plus tard jusqu'au versement d'une prestation d'invalidité selon l'article 11 des présentes CGA.

### 3. 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.

### 4. Prestations de tiers

Si les indemnités journalières dues sont en concours avec des prestations d'assurances sociales suisses ou étrangères, lesdites indemnités journalières seront réduites du montant versé par ces assurances sociales et ceci dans les limites des prestations prévues dans la police.

### 5. Nature

Cette prestation relève de l'assurance de sommes.

## Art. 11 Invalidité

Si la police le prévoit, l'assureur paie, selon la couverture choisie:

- un capital invalidité (selon ch. 1, let. c ci-dessous) et/ou,
- des frais de chirurgie esthétique (selon ch. 2 ci-dessous) et/ou,
- des frais de réadaptation professionnelle (selon ch. 3 ci-dessous).

### 1. Prestations en capital

#### a. Droit aux prestations

Le capital d'invalidité est versé dès que l'invalidité est réputée permanente et sous réserve de l'art. 13 des présentes CGA.

#### b. 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 y relatives.

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%.

#### c. 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.

#### d. Variantes de progression

Dans l'hypothèse où un capital invalidité avec progression a été conclu, le capital d'invalidité est calculé selon la variante de progression choisie et le tableau ci-après:

### Prestations en % de la somme d'assurance

Degré d'inval. %	Indemnisation sans progr.	selon variantes	
		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
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

### Prestations en % de la somme d'assurance

Degré d'inval. %	Indemnisation sans progr.	selon variantes	
		A	B
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

#### e. Nature

Cette prestation relève de l'assurance de sommes.

#### 2. Dommages esthétiques

Si l'accident a provoqué un préjudice esthétique grave et permanent qui ne donne pas droit à un capital invalidité selon lettre a 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 ce préjudice affecte le visage;
- 5% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque ce préjudice affecte d'autres parties du corps.

L'indemnité due pour de tels dommages est limitée à CHF 20 000.- par cas. Cette prestation relève de l'assurance de sommes.



### 3. 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 les chiffres 1 et 2, les frais adéquats non couverts par d'autres assurances qui en découlent, mais au maximum CHF 20 000.– par cas. Cette prestation relève de l'assurance de dommages.

## Art. 12 Capital en cas de décès

### 1. Droit aux prestations

Si l'accident a comme conséquence le décès d'un assuré, l'assureur verse le capital décès convenu dans la police sous réserve de l'art. 13 des présentes CGA aux bénéficiaires dans l'ordre suivant:

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

b. A défaut, les enfants de l'assuré décédé qui n'ont pas accompli leur 18<sup>e</sup> année, respectivement leur 25<sup>e</sup> 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.

c. A défaut, la personne physique non mariée ou non enregistrée qui n'est pas parente (également de même sexe), qui entretenait avec le défunt sous le même toit une communauté de vie analogue à celle du mariage ou du partenariat enregistré de manière ininterrompue au cours des 5 dernières années précédant le décès.

d. Autres survivants

En l'absence de survivants mentionnés aux lettres a, b, et c, le capital échoit:

- aux enfants de la personne assurée qui ne remplissent pas les critères de la lettre b;
- à défaut, aux personnes physiques que la personne assurée a désignées bénéficiaires de ce capital par voie testamentaire ou acte notarié;
- à défaut, les père et mère de la personne assurée;
- à défaut, les frères et soeurs de la personne assurée.

e. Absence de survivants

- 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 capital en cas de décès, mais au maximum CHF 20 000.–.

### 2. Cumul des prestations

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

### 3. Faute d'un survivant

Les prestations en espèces dues aux proches ou aux survivants de l'assuré sont réduites ou refusées si ceux-ci

ont provoqué la réalisation du risque intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit.

### 4. Nature

Cette prestation relève de l'assurance de sommes sauf l'éventuelle couverture des frais d'ensevelissement qui relève de l'assurance de dommages.

## Art. 13 Prestations à l'âge AVS

1. Lorsque l'assuré atteint l'âge de la retraite AVS, les sommes d'assurance assurées sont limitées au maximum comme suit:

- indemnité journalière d'hospitalisation à CHF 20.– par jour;
- en cas de décès à CHF 30 000.–;
- en cas d'invalidité à CHF 100 000.– (variante sans progression).

Ces limites s'appliquent pour les accidents survenant après la fin de l'année durant laquelle l'assuré atteint l'âge de la retraite AVS.

2. La couverture d'assurance d'indemnité journalière ainsi que le droit aux prestations qui en découle pour un éventuel cas en cours prennent fin à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge de la retraite AVS.

## Art. 14 Exclusions de l'assurance

1. Aucune prestation d'assurance n'est accordée pour les accidents professionnels et non professionnels pour lesquels la LAA n'intervient ou n'interviendrait pas (cas de refus des prestations).

2. En outre, sont exclus de l'assurance:

- les cas de réticence;
- les cas de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;
- les dommages intentionnels;
- les accidents provoqués par l'assuré en commettant un crime ou un délit;
- les accidents survenus lors de tremblements de terre;
- les suites d'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'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;
- 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. 15 Réduction des prestations en cas de faute grave, dangers extraordinaires et entreprises téméraires

1. 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.

raires au sens de la législation sur l'assurance accidents LAA.

2. L'article 14 des présentes CGA réservé.

## **Art. 16 Recours contre tiers responsables**

Dès la survenance du sinistre, pour les prestations relevant de l'assurance de dommages, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations convenues, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable.

## **D. Primes**

### **Art. 17 Calcul des primes**

1. La prime se calcule sur la base des montants assurés et en fonction de la classe d'âge et du secteur d'activité 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 déterminantes sont:
  - 15 à 25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.
4. 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.
5. Les taux de prime peuvent être adaptés lors de l'entrée en vigueur de nouvelles circonstances (par exemple modification de l'activité de l'assuré). En cas d'augmentation des taux de prime, le preneur d'assurance peut faire valoir un droit de résiliation dans les 30 jours à compter de la communication (date de réception par l'assureur). Le preneur d'assurance qui ne résilie pas le contrat sera considéré comme ayant accepté les adaptations de primes.

### **Art. 18 Paiement des primes**

1. L'assuré est le débiteur des primes.
2. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans la police.
3. 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.
4. Si l'assureur n'entame pas une procédure de poursuite pour 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 considéré comme ayant pris fin.
5. Durant les périodes de suspension:
  - Les sinistres survenus ne sont pas couverts;
  - L'obligation de prestations pour les sinistres en cours est suspendue à partir de la date d'expiration du délai de sommation. Le versement reprend à la date où les arriérés de primes et les frais ont été acquittés. Dans

ce cas, les jours d'incapacité de travail des sinistres en cours sont imputés sur la durée du droit aux prestations.

6. La période de facturation des primes est au minimum d'un mois à l'exception du mois durant lequel l'affiliation débute ou prend fin.

### **Art. 19 Modification des primes**

1. Les primes concernant une ou plusieurs prestations assurées (art. 8 à 12 des présentes CGA) peuvent être adaptés chaque année.
2. Les adaptations s'effectuent pour le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année civile.
3. L'assureur informe l'assuré des nouvelles dispositions au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours. Si l'assuré s'oppose à la modification du contrat, il peut demander la résiliation de tout ou partie du contrat 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.

## **E. Obligations et dispositions diverses**

### **Art. 20 Obligations de l'assuré**

1. L'assuré doit aviser sans retard 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 aux survivants qui ont droit à des prestations.
2. L'assuré s'engage à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (certificats médicaux, rapports médicaux, etc.).
3. L'assuré doit avertir 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.).
4. L'assuré devra produire toute pièce déterminante à l'assureur, y compris une procuration autorisant celui-ci à obtenir les informations auprès de tiers, afin qu'il puisse se déterminer sur le bien-fondé de la prétention sous peine d'être déchu de son droit aux prestations.
5. L'assuré délègue le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur.
6. 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 le jour de la convocation médicale sans motif valable, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser des prestations, voir de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les honoraires relatifs à la consultation manquée.
7. L'assuré doit, dès le début de l'incapacité consulter un médecin possédant une autorisation de pratiquer et

- suivre ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger son incapacité.
8. Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement auprès duquel il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.
  9. 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.
  10. L'assuré a l'obligation de diminuer le dommage, ce qui inclut notamment la collaboration avec les institutions d'assurance sociale (assurance-invalidité, assurance-accidents, assurance militaire, etc.).
  11. L'assuré doit participer, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
  12. L'assuré doit informer l'assureur d'une éventuelle aggravation du risque (p. ex. modification de la profession assurée).
  13. 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.
  14. Le non-respect de ces obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations.
  15. 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. 21 Modification du risque assuré**

1. Dans la mesure où un fait important (ex.: modification de l'activité 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. A défaut d'avis, celui-ci n'est plus lié par le contrat pour l'avenir.
2. 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. Le cas échéant, l'assurance cesse de déployer ses effets 14 jours après la notification de la résiliation par l'assureur.
3. Une éventuelle surprime est due dès la survenance de l'aggravation.

## **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 le consentement de celui-ci.

## **Art. 23 Compensation**

1. L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre l'assuré.

2. L'assuré n'a aucun droit de compenser à l'encontre de l'assureur.

## **Art. 24 Adaptation des conditions d'assurance**

1. L'assureur est en droit d'adapter les présentes CGA.
2. Les nouvelles conditions s'appliquent aux preneurs d'assurance et à l'assureur si elles sont adaptées 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 par écrit aux adresses postales ou électroniques indiquées sur les documents officiels de l'assureur, ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte mis à disposition par l'assureur, 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 tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte mis à disposition par l'assureur.
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'assurances.

## **Art. 26 Lieu d'exécution et for**

1. Les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire suisse et en francs suisses.
2. 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.

## **Art. 27 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: les 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 les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles, on entend les informations relatives 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 œuvre 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 Loi fédérale sur la protection des données); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et les personnes concernées; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

### **Finalités**

Les données personnelles 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'économie des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des demandes au titre des droits des personnes, 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). Ces échanges font l'objet de contrats précisant les obligations et les responsabilités de chacune des parties, ou se basent sur une disposition légale.

### **Sécurité**

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurances 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 œuvre 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. Les modalités de ce profilage sont précisées dans la politique de protection des données idoine. D'autres types de profilages peuvent avoir lieu pour les finalités exposées plus haut.

### **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](mailto: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](http://www.groupemutuel.ch).