

Assurance collective contre les accidents complémentaire à la LAA

édition 01.08.2016

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

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, 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 Groupe Mutuel Assurances GMA 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?

L'assurance couvre les conséquences économiques des accidents professionnels par quoi il faut entendre tous les accidents au sens de la loi sur l'assurance-accidents (LAA) subi par l'assuré dans l'exercice de son activité lucrative. Tous les autres accidents sont réputés non professionnels et font également partie intégrante de la couverture d'assurance.

L'assurance couvre également les maladies professionnelles. Par maladies professionnelles, on entend celles au sens de la loi sur l'assurance-accidents (LAA) qui sont assimilées à des accidents professionnels dès le jour où elles sont déclarées, respectivement dès que l'assuré doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est en incapacité de travail.

Quelles sont les prestations couvertes par l'assurance?

La couverture peut s'étendre aux prestations suivantes:

- frais de traitements selon la variante choisie (assurance de dommages);
- indemnité journalière d'hospitalisation (assurance de sommes);
- indemnité journalière en cas d'incapacité de travail (assurance de dommages);
- indemnité journalière en cas de rechute et de séquelles tardives d'accidents antérieurs non couverts (assurance de dommages);
- indemnité en cas de décès dans les limites du droit aux prestations de la LAA et des dispositions de l'article 338 CO (assurance de sommes);
- en cas d'invalidité: capital invalidité (assurance de sommes) et/ou frais de chirurgie esthétique (assurance de sommes) et/ou frais de réadaptation professionnelle (assurance de dommages);
- capital en cas de décès (assurance de sommes);

- prestations sous forme de rente excédentaire LAA (assurance de dommages);
- couverture de la réduction opérée par la LAA (assurance de dommages).

Le détail de l'étendue des prestations ainsi que les limitations sont stipulés dans la police ainsi que dans les conditions générales d'assurance.

Quels sont les taux de primes?

Les taux de primes dépendent des prestations assurées. 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.

Police d'assurance:

La police d'assurance mentionne notamment les personnes assurées, le montant du salaire maximum assuré, les prestations assurées et les conditions particulières éventuelles.

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 contrat, de ses modifications et de sa résiliation ainsi que 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:

- aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un employé a été victime d'un accident qui nécessite un trai-

- tement médical, provoque une incapacité de travail ou cause le décès de l'assuré;
- communiquer immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité;
- remettre à l'assureur le formulaire de déclaration de 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:

- aviser 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 aux survivants qui ont droit à des prestations;
- consulter un médecin autorisé à son cabinet au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité et suivre ses instructions;
- collaborer avec l'assureur et les institutions d'assurance sociale;
- tout entreprendre pour réduire le dommage;
- rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur durant son incapacité de travail;
- 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?

L'assureur renonce à réduire ses prestations pour tous les accidents assurés par la police dus à une faute grave ou des entreprises téméraires au sens de la LAA, sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales d'assurance.

Les prestations en espèces sont réduites par analogie à la LAA:

- lors d'accidents provoqués en commentant un délit;
- lors de participation à une rixe ou une bagarre;
- lors de dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
- lors de participation à des désordres.

Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement:

- si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respecte pas ses obligations;

- si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction ou ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur;
- si l'assuré refuse de fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations.

Le détail des limitations de prestations est stipulé dans les conditions générales d'assurances.

Quand commence le contrat?

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

L'entrée en vigueur du contrat est indiquée dans la police.

Quand prend fin le contrat d'assurance?

La date d'échéance du contrat est fixée au 31 décembre d'une année civile.

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

- à l'échéance du contrat moyennant un préavis 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.

L'assurance prend également fin:

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

Quand l'assureur peut-il mettre fin au contrat par résiliation?

- à l'échéance de la police, sous réserve d'un avis de résiliation réceptionné par le preneur d'assurance au plus tard le 30 septembre de l'année civile. Si le contrat n'est pas résilié, il est reconduit tacitement d'année en année;
- lorsque le preneur d'assurance a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur;
- 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 leur tentative par le 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'assurances ainsi que de la LCA.

Quand débute la couverture d'assurance?

L'assurance produit ses effets dès l'entrée en vigueur du contrat, mais au plus tôt le jour où débute les rapports de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail.

Quand prend fin la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:

- en cas de sortie de l'assuré du contrat d'assurance 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 31ème 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.
- en cas de non-paiement des primes;
- à la fin du contrat d'assurance;
- à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

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

L'assureur traite les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance et des personnes assurées, notamment les données relatives au contrat, à l'encaissement et à la gestion des sinistres, conformément aux exigences légales en matière de protection des données.

Les détails relatifs au traitement des données sont mentionnés dans l'annexe aux conditions générales d'assurance.

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

LAACGA05-F4 – édition 01.08.2016

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

C. Début et fin du contrat

- Art. 6** Début et fin du contrat
- Art. 7** Résiliation sur sinistre
- Art. 8** Prétention frauduleuse

D. Couverture d'assurance

- Art. 9** Début et fin de la couverture d'assurance
- Art. 10** Passage à l'assurance individuelle
- Art. 11** Congé non payé

E. Prestations assurées

- Art. 12** Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)
- Art. 13** Indemnité journalière d'hospitalisation
- Art. 14** Indemnité journalière
- Art. 15** Garanties additionnelles (accident antérieur et indemnité en cas de décès)
- Art. 16** Invalidité

- Art. 17** Capital en cas de décès
- Art. 18** Prestations sous forme de rente excédentaire LAA
- Art. 19** Couverture de la réduction opérée par la LAA
- Art. 20** Adaptation du droit aux prestations au moment de l'âge légal de la retraite AVS
- Art. 21** Validité territoriale
- Art. 22** Exclusions de prestations
- Art. 23** Réduction et refus de prestations
- Art. 24** Recours contre tiers responsables

F. Primes

- Art. 25** Paiement des primes
- Art. 26** Adaptation des taux de prime
- Art. 27** Décompte de prime définitif
- Art. 28** Participation aux excédents

G. Dispositions diverses

- Art. 29** Obligations du preneur d'assurance
- Art. 30** Obligations de l'assuré
- Art. 31** Modification du risque assuré
- Art. 32** Cession et mise en gage des prestations
- Art. 33** Clause courtier
- Art. 34** Communications
- Art. 35** Lieu d'exécution
- Art. 36** For

A. Généralités

Art. 1 Objet de l'assurance

Groupe Mutuel Assurances GMA SA est l'assureur porteur du risque.

Il accorde sa garantie pour les conséquences économiques des accidents professionnels, des accidents non professionnels et des maladies professionnelles, conformément aux prestations stipulées dans la police, pour lesquels l'assurance LAA, l'assurance militaire ou l'assurance collective contre les accidents analogue à la LAA intervient.

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, les éventuels avenants ainsi que les informations précontractuelles.

2. Les déclarations écrites dans la proposition, les autres déclarations écrites du preneur d'assurance.
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.
5. La loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) est applicable par analogie lorsque les présentes conditions générales le prévoient.

Art. 3 Définitions

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

OLAA: Ordonnance sur l'assurance-accidents
LAM: Loi fédérale sur l'assurance militaire
LACI: Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
CO: Code des obligations

2. Accidents professionnels
Par accidents professionnels, on entend tous les accidents au sens de la loi sur l'assurance-accidents (LAA) subis par l'assuré dans l'exercice de son activité lucrative. Tous les autres accidents sont réputés non professionnels.
3. Maladies professionnelles
Par maladies professionnelles, on entend celles 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.
4. 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 longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.
5. Invalidité
Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.
6. Travailleur détaché
Le travailleur détaché est une personne qui est assurée à titre obligatoire en Suisse et qui est envoyée à l'étranger de manière temporaire tout en restant liée par des rapports de travail à un employeur ayant son domicile ou son siège en Suisse et qui possède à son égard un droit au salaire.
7. Travailleur frontalier
Un travailleur frontalier est une personne qui exerce une activité lucrative dans un pays différent de son pays de résidence au sein de l'Union européenne et qui retourne au moins une fois par semaine à son domicile.
8. Cas
Par cas, on entend la manifestation d'une maladie professionnelle ou d'un accident spécifié chez un individu déterminé.
9. Salaire LAA
Le salaire LAA correspond au gain assuré au sens de la LAA et de ses ordonnances.
10. Salaire excédentaire
Le salaire excédentaire correspond au salaire qui dépasse le gain assuré maximum au sens de la LAA et de ses ordonnances.
11. Assurance collective contre les accidents analogue à la LAA
Cette assurance a pour but de fournir une protection d'assurance fondée sur le catalogue de prestations de l'assurance-accidents obligatoire (LAA).

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, le montant du salaire maximum assuré, les prestations assurées et les conditions particulières éventuelles.

Art. 5 Personnes assurées

Sont assurées les personnes appartenant au cercle des assurés indiqué dans la police, pour autant qu'elles soient soumises à l'assurance-accidents LAA pour l'activité assurée dans la police.

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 l'assurance complémentaire à la LAA 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. Les travailleurs non soumis à la LAA, au bénéfice de l'assurance collective contre les accidents analogue à la LAA, peuvent également être assurés.

C. Début et fin du contrat

Art. 6 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. 25 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 taux de prime au sens de l'art. 26 des présentes conditions générales.

Art. 7 Résiliation sur sinistre

1. 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 par le preneur d'assurance.
2. 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 la prestation. Si le preneur se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets 14 jours après la réception de l'avis de résiliation par l'assureur.

Art. 8 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. 9 Début et fin de la couverture d'assurance

L'assureur verse des prestations 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 à l'exception de l'art. 15 des présentes conditions générales.

Les cas de rechutes pour les accidents survenus durant la période d'assurance sont couverts pour autant qu'il y ait une prise en charge de l'assureur LAA.

1. Début de la couverture d'assurance

L'assurance produit ses effets dès le jour où débutent les rapports de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail.

2. Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:

- a. 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 31^e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins sous réserve de l'art. 11 des présentes conditions générales; 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:

- b. en cas de non-paiement des primes selon l'art. 25 des présentes conditions générales d'assurance;
- c. à la fin du contrat d'assurance;
- d. à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché, sous réserve de l'art. 5 des présentes conditions générales.

Art. 10 Passage à l'assurance individuelle

1. Droit de passage

L'assuré domicilié en Suisse qui cesse d'appartenir au cercle des assurés a le droit de passer dans un produit d'assurance individuel. Il doit faire valoir son droit dans les 90 jours suivant le jour où il quitte le cercle des assurés pour autant qu'aucun accident ne soit survenu à compter du dernier jour de travail.

Le droit de passage s'applique également pour le fronta-

lier s'il poursuit une activité salariée en Suisse.

2. Conditions du passage

Peuvent être assurées au maximum les prestations d'assurance pour les frais médicaux, les indemnités journalières et les capitaux qui l'étaient déjà jusqu'alors, sans examen de santé. Les prestations sont réduites proportionnellement si le nouveau revenu effectif ou l'indemnité de chômage est inférieur.

Les tarifs et conditions générales d'assurance du produit individuel sont applicables.

L'âge au moment de l'entrée dans l'assurance collective est déterminant pour le calcul de la prime.

3. Limitation du droit de passage

Le droit de passage en qualité d'assuré individuel n'existe pas:

- 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;
- si l'assuré quitte son emploi et passe dans l'assurance complémentaire à la LAA d'un nouvel employeur;
- si l'assuré perçoit une rente de l'AVS ou d'une autre assurance sociale étrangère.

Art. 11 Congé non payé

1. En cas de congé non payé, la couverture subsiste pendant 6 mois au maximum, pour autant que l'assuré soit couvert par l'assurance-accidents selon la LAA (assurance par convention) et que son contrat de travail ne soit pas résilié. L'employeur doit communiquer par écrit à l'assureur avant le départ de l'assuré, le nom et prénom, le salaire assuré, ainsi que le début et la fin du congé, faute de quoi la couverture d'assurance devient caduque. Une annonce rétroactive n'est pas acceptée.

2. La somme des salaires pour la durée du congé non payé doit être déclarée dans le formulaire de déclaration des salaires à la fin de l'année civile. On entend par salaire assuré, le revenu que l'assuré aurait perçu en l'absence de congé non payé.

E. Prestations assurées

Art. 12 Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)

Lorsque les frais de traitement sont assurés, et selon la variante choisie, l'assureur prend à sa charge, à partir du jour de l'accident, la différence entre les prestations dues par l'assureur LAA et celles prévues ci-après.

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.

Si les soins prodigués dans le pays de domicile (membre de l'Union Européenne) sont pris en charge par l'assureur LAA selon les dispositions légales et tarifaires du pays de domicile, les dépassements d'honoraires (facturés pour des traitements ambulatoires et par des pharmaciens qui

ne sont pas remboursés par l'assurance sociale du pays de résidence) sont pris en charge par l'assureur LAA complémentaire.

2. Hospitalisation

Conformément à la variante d'assurance stipulée dans la police, les frais de traitement et les frais hôteliers d'un hôpital reconnu par l'assureur y compris la déduction opérée par l'assureur LAA pour les frais d'entretien.

3. Séjours de cure et de convalescence

Les frais pour le traitement ordonné médicalement dans un établissement de cures ou de convalescence reconnu par l'assureur. 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 par cas.

4. Médecine alternative

Le montant prévu des frais des thérapies dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur jusqu'à concurrence de Fr. 100.– par séance, au maximum Fr. 2'500.– par cas.

5. 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.

6. Aide et soins à domicile

L'assuré a droit à l'aide et aux soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une organisation reconnue par l'assureur.

L'aide à domicile est octroyée pour autant qu'une incapacité d'au moins 50% soit attestée par un médecin.

Les soins à domicile sont couverts, dans les limites prévues ci-dessous, aussi longtemps que l'assuré perçoit une indemnité journalière de l'assureur LAA.

La limitation pour l'aide et les soins à domicile se monte à Fr. 100.– par jour et au maximum Fr. 6'000.– par cas.

7. 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 est pris en charge s'il est justifié pour des raisons médicales ou techniques.

8. 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.

9. Opérations de recherches

L'assureur verse en complément à l'assurance LAA, les frais nécessaires aux opérations de recherches jusqu'à concurrence de Fr. 30'000.– par cas.

10. Prestations de tiers

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

11. Surindemnisation

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 existante entre les prestations assurées par lui et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.

Art. 13 Indemnité journalière d'hospitalisation

1. Droit

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'atteinte à la santé ou à empêcher un développement défavorable de celle-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.

Art. 14 Indemnité journalière

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 sous réserve de l'art. 20 ch. 1 des présentes conditions générales. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente convenu.

Le délai d'attente commence à courir 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.

1. 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.

Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité partielle sont comptés comme jours entiers.

2. 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 ses prestations jusqu'à concurrence de la perte de gain effective de l'assuré. Il paie au maximum l'indemnité journalière convenue.

3. Surindemnisation

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.

Art. 15 Garanties additionnelles (accident antérieur et indemnité en cas de décès)

Si la police le prévoit, la couverture s'étend aux prestations suivantes:

1. En cas de rechute et/ou de séquelles tardives d'un accident antérieur pour lequel il n'existe pas ou plus de couverture d'assurance, l'assureur verse en cas d'incapacité de travail reconnue, une indemnité journalière à hauteur de 80% du gain assuré basé sur le salaire LAA. La durée des prestations est limitée, par cas, à 180 jours ou plus si l'obligation légale de l'employeur au sens de l'art. 324a CO le prévoit.
Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'incapacité de travail attestée. Les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés en plein pour le calcul de la durée des prestations.
2. En cas de décès de l'assuré résultant d'un accident assuré, l'assureur verse une indemnité journalière à hauteur de 80% du gain assuré basé sur le salaire LAA selon les conditions prévues à l'art. 338 CO.
3. Si une couverture indemnité journalière est prévue dans la police, elle est également prise en considération pour le calcul des prestations dans les limites du salaire maximum assuré.

Art. 16 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. 20, ch. 2 des présentes conditions générales.

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 tabelles 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 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

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

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

2. Dommages esthétiques

Si l'accident a provoqué un défigurement physique grave et permanent (dommages esthétiques) 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 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 est limitée à Fr. 20'000.– par cas.

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 Fr. 20'000.– par cas.

Art. 17 Capital en cas de décès

1. Droit

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. 20, ch. 3 des présentes conditions générales aux bénéficiaires dans l'ordre suivant:

a. Conjoint survivant / partenaire enregistré
Le conjoint survivant ou le partenaire enregistré a droit au capital décès.

b. 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.

c. Concubin

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 de manière ininterrompue au cours des 5 dernières années précédant le décès.

d. Autres survivants

A 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.
- 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.–.

2. Cumul des prestations

D'éventuelles prestations en cas d'invalidité déjà payées pour les suites du même accident (cf. art. 16 des présentes conditions générales), 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.

Art. 18 Prestations sous forme de rente excédentaire LAA

1. Rente d'invalidité

- Si la couverture est convenue dans la police, l'assureur paie une rente d'invalidité de 80% du salaire excédentaire assuré, en cas d'invalidité totale. Si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée proportionnellement. Les dispositions de la LAA sont en outre applicables pour l'évaluation des prestations, 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.–.

2. Rentes de survivants

Si la couverture est convenue dans la police, l'assureur paie, en cas de décès, les rentes de survivants suivantes:

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

Les dispositions de la LAA sont en outre applicables pour l'évaluation des prestations, 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.–.

3. Surindemnisation

a. Le concours de prestations des différentes assurances sociales et privées ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit (max 90% cumulé). Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable.

b. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales et privées légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches.

c. Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation.

4. 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.

Art. 19 Couverture de la réduction opérée par la LAA

1. Si elle a été convenue dans la police, la couverture de la réduction opérée par la 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, à l'exception des délits.

2. L'article 22 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 la couverture de la réduction opérée par la LAA. Les droits de l'assuré découlant de l'accident sont alors entièrement éteints.

4. Les prestations en rentes fournies dans le cadre de la couverture de la réduction opérée par la LAA ne sont pas indexées.

Art. 20 Adaptation du droit aux prestations au moment de l'âge légal de la retraite AVS

Dès le premier jour du mois qui suit celui pendant lequel l'assuré atteint l'âge légal de la retraite AVS, pour les cas en cours à ce moment-là ou ceux survenant après, l'assureur adapte les prestations comme suit:

1. Indemnité journalière
L'indemnité journalière est versée au maximum durant 6 mois.
2. Capital Invalidité
La somme d'assurance est limitée au montant du gain maximum assuré LAA sans progression.
3. Capital Décès
La somme d'assurance est limitée au montant du gain maximum assuré LAA.

Art. 21 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier dans les limites mentionnées ci-après:

1. Les traitements ambulatoires et séjours hospitaliers d'urgence, lors d'un séjour à l'étranger limité dans le temps, sont assurés pour autant qu'ils soient nécessaires au sens de la LAA.
2. Le frontalier bénéficie des mêmes couvertures qu'un travailleur domicilié en Suisse pour autant que le traitement ambulatoire et/ou séjour hospitalier aient lieu dans un rayon de 100 km depuis son domicile légal.
3. Le travailleur détaché a droit aux prestations aussi longtemps qu'il reste au bénéfice d'une couverture selon la LAA ou de la couverture analogue à la LAA et pour autant que le traitement ambulatoire et/ou séjour hospitalier aient lieu dans un rayon de 100 km de son domicile légal.
4. Pendant son incapacité de travail, l'assuré qui désire se rendre à l'étranger, respectivement le frontalier ou le travailleur détaché qui désire s'absenter des environs de son domicile légal (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 indemnités journalières sont refusées durant le séjour.

Art. 22 Exclusions de prestations

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 non intentionnellement par l'assuré en commettant un délit dans les cas particulièrement graves au sens de la LAA;
- les accidents non professionnels dus à une entreprise téméraire dans les cas particulièrement graves au sens de la LAA;
- les accidents provoqués par l'assuré en commettant un crime;
- 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. 23 Réduction et refus de prestations

L'assureur renonce à réduire ses prestations pour tous les accidents assurés par la police et dus à une faute grave ou des entreprises téméraires au sens de la législation sur l'assurance-accidents LAA sous réserve de l'art. 22 des présentes conditions.

Les prestations en espèces sont réduites par analogie à la LAA:

- lors d'accidents provoqués en commettant un délit;
- lors de participation à une rixe ou à une bagarre, 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;
- lors de dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
- lors de participation à des désordres.

Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement:

- si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respecte pas les obligations citées aux articles 29 et 30 des présentes conditions générales;
- si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction, (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 des prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;
- si l'assuré refuse de fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations;
- 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.

Art. 24 Recours contre tiers responsables

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

F. Primes

Art. 25 Paiement des primes

La prime de 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 LAA et les ordonnances y relatives.

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans la police.
3. 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 et doivent correspondre à la prime effective présumée.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

Art. 26 Adaptation des taux de prime

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.

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. 27 Décompte de prime définitif

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 ou par une taxation d'office.

Art. 28 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 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.

G. Dispositions diverses

Art. 29 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. L'employeur doit aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un employé a été victime d'un accident qui nécessite un traitement médical, provoque une incapacité de travail ou cause le décès de l'assuré.
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.
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 (procurations, 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 selon les dispositions prévues à l'art. 31 des présentes conditions (modification du genre de l'entreprise ou de la profession assurée).

Art. 30 Obligations de l'assuré

1. L'assuré doit aviser 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 aux survivants qui ont droit à des prestations.
2. Durant son incapacité de travail, 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).

3. L'assuré fournit à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (procurations, 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.).
4. L'assuré délègue le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur.
5. L'assuré doit collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteurs de sinistres, gestionnaires, 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.
6. 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.
7. 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.).
8. 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 susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
9. Au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité de travail, l'assuré doit consulter un médecin autorisé à son cabinet et suivre ses prescriptions.
10. Lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigations engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.

Art. 31 Modification du risque assuré

1. 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. Le cas échéant, l'assurance cesse de déployer ses effets 14 jours après la notification de la résiliation par l'assureur.
 - Une éventuelle surprime est due dès la survenance de l'aggravation.
2. Les taux de prime peuvent être adaptés 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 10% ou plus.

Art. 32 Cession et mise en gage des prestations

Le preneur d'assurance et l'assuré ne peuvent ni céder, ni mettre en gage leur créance envers l'assureur, sans consentement de celui-ci.

Art. 33 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. 34 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. 35 Lieu d'exécution

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

Art. 36 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.

Annexe aux conditions générales d'assurance collective contre les accidents complémentaire à la LAA

LAACGA05-F4 – édition 01.08.2016

Dès le 01.01.2022 et l'entrée en vigueur de la révision de la loi sur le contrat d'assurance (LCA), les conditions générales d'assurance collective contre les accidents complémentaire à la LAA (CGA) sont adaptées selon les dispositions ci-après.

Nature de l'assurance

La nature des différentes prestations mentionnées dans les CGA correspond à ce qui suit:

- Frais de traitement: assurance de dommages
- Indemnité journalière d'hospitalisation: assurance de sommes
- Indemnité journalière en cas d'incapacité de travail: assurance de dommages
- Indemnité journalière en cas de rechute et de séquelles tardives d'accidents antérieurs: assurance de dommages
- Indemnité en cas de décès dans les limites du droit aux prestations de la LAA et des dispositions de l'article 338 CO: assurance de sommes
- Capital en cas d'invalidité et/ou frais de chirurgie esthétique: assurance de sommes
- Frais de réadaptation professionnelle en cas d'invalidité: assurance de dommages
- Capital en cas de décès: assurance de sommes
- Prestations sous forme de rente: assurance de dommages
- Couverture de la réduction opérée par la LAA: assurance de dommages

Art. 6 Début et fin du contrat

[...]

3. Fin du contrat

Le contrat prend fin:

- a. à la cessation d'activité de l'entreprise assurée;
- b. en cas de non-paiement des primes au sens de l'art. 25 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 taux de prime au sens de l'art. 26 des présentes conditions générales.

Explication:

Le contrat ne prend plus fin avec l'ouverture de faillite de l'entre-

prise assurée. C'est l'administration de la faillite qui est chargée de l'exécuter.

Art. 34 Communication

1. Toutes les communications doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indiquées sur les documents officiels de l'assureur ou par tout autre moyen mis à disposition par celui-ci, 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 ou l'assuré. Ces communications peuvent être transmises par les autres moyens mis à disposition par l'assureur.

Explication:

L'e-commerce est possible tout au long de la chaîne de valeur. Bien que les présentes conditions générales prévoient, dans différents articles, la forme écrite, il est désormais possible de transmettre les informations par voie électronique.

Les résiliations aussi peuvent notamment être signifiées sous forme électronique (par courriel).

Art. 37 Protection des données

Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Assurances GMA SA, votre assureur, a délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après: Groupe Mutuel), le traitement des données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, des personnes assurées, et le cas échéant de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après: personnes concernées).

Groupe Mutuel Assurances GMA SA et Groupe Mutuel Services SA sont des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA. Elles 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 relatives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres.

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'économie 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.

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 oeuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des don-

nées de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

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.

Explication:

Ce nouvel article détail de manière claire et transparente le traitement des données personnelles et sensibles du preneur d'assurance et des personnes assurées.