

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

LAACGA02-F11 – Edition 01.01.2011

Table des matières

A. Etendue de l'assurance

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

B. Prestations

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

C. Primes

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

D. Participation aux excédents

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

E. Sinistres

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

F. Début et fin du contrat

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

G. Dispositions finales

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

A. Etendue de l'assurance

Art. 1 Bases du contrat d'assurance

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

Art. 2 Personnes assurées

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

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

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

Art. 3 Objet de l'assurance

1. L'assurance s'étend aux accidents professionnels, aux

accidents non professionnels et aux maladies professionnelles, conformément aux garanties stipulées dans la police, pour lesquels la Loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA) intervient ou interviendrait.

2. Sont exclus de l'assurance:

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

Art. 4 Définitions

1. Accident professionnel:

Par accident professionnel, on entend tout accident au sens de la loi sur l'assurance accidents LAA atteignant l'assuré dans l'exercice de son activité lucrative. Tous les autres accidents sont réputés non professionnels.

2. Maladie professionnelle:

Par maladie professionnelle, on entend celle au sens de la loi sur l'assurance accidents LAA; la maladie est assimilée aux accidents professionnels dès le jour où elle s'est déclarée, respectivement dès que l'assuré doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est en incapacité de travail.

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

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

ans après la survenance de l'accident assuré dans le cadre du présent contrat.

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

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

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

Art. 6 Passage à l'assurance individuelle

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

Art. 7 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

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

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

B. Prestations

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

a. Assurance complémentaire à la LAA

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

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

1. Traitement médical

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

2. Hospitalisation

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

3. Séjours de cure et de convalescence

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

4. Médecine alternative

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

Liste des thérapies «médecine douce»

Naturopathie:

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

Techniques du toucher:

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

Psychothérapie:

biodynamique, sophrologie, tomatisme (méthode):

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

5. Déduction pour frais d'entretien

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

6. Moyens auxiliaires

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

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

7. Soins à domicile

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

8. Aide au ménage

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

9. Frais de transport

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

10. Levée et transport du corps

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

11. Opérations de recherches

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

b. Prestations de tiers

1. Lorsque les frais de guérison selon lettre a sont dus en vertu de l'assurance invalidité fédérale ou de toute autre assurance sociale, l'assureur complète ses prestations jusqu'à concurrence des frais de traitement occasionnés.

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

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

Art. 10 Indemnité journalière

a. Droit

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

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

b. Durée des prestations

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

c. Incapacité partielle de travail

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

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

d. Prestations de tiers

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

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

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

b. Prestations en capital

1. Droit aux prestations

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

2. Degré d'invalidité

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

En cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle partielle, le pourcentage est réduit proportionnellement. Si le degré d'invalidité ne peut être fixé en application des règles qui précèdent, il est alors établi en procédant, sur la base des constatations médicales, par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. Si plusieurs parties du corps ou plusieurs organes sont touchés suite au même accident, les divers pourcentages sont pondérés. Le degré d'invalidité ne peut toutefois pas excéder 100%.

3. Prestations en capital constant

Calcul du capital:

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

Variante de progression:

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

Art. 11 Invalidité

a. Genres de prestations

L'assureur paie, selon la couverture choisie:

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

Prestations en % de la somme d'assurance

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

Prestations en % de la somme d'assurance

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

c. Dommages esthétiques

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

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

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

d. Frais de réadaptation professionnelle

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

Art. 12 Décès

a. Droit

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

1. Conjoint survivant

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

2. Enfants

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

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

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

- Aux père et mère, à parts égales.
- A défaut, aux frères et sœurs, à parts égales. Si l'un des frères ou sœurs est déjà décédé, sa part sera versée à ses descendants. L'ensemble des prestations d'assurance revient au conjoint survivant dans l'hypothèse où l'assuré laisse aussi bien un conjoint que des enfants après sa mort.
- En l'absence de survivants tels qu'énumérés ci-dessus, l'assureur ne paie que la part des frais d'ensevelissement non couverte par un autre

assureur, ceci jusqu'à concurrence du 10% du montant du capital en cas de décès, mais au maximum Fr. 10'000.-.

b. Cumul des prestations

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

c. Faute d'un survivant

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

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

a. Rente d'invalidité

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

b. Rentes de survivants

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

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

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

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

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

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

a. Invalidité

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

b. Décès

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

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

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

Art. 16 Détermination des prestations assurées

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

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

Art. 17 Imputation sur les réclamations en responsabilité civile

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

C. Primes

Art. 18 Calcul de la prime

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

Art. 19 Prime anticipée et décompte définitif de la prime

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 20 Remboursement de la prime non courue

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

Art. 21 Modification du tarif des primes

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

Art. 22 Somation

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

D. Participation aux excédents

Art. 23 Calcul de la participation aux excédents

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

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

E. Sinistres

Art. 24 Obligations du preneur d'assurance

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

Art. 25 Obligation de déclaration

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

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

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

F. Début et fin du contrat

Art. 27 Durée du contrat et résiliation

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

Art. 28 Modification du risque assuré

a. Aggravation du risque

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

b. Reprise d'une autre entreprise

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

G. Dispositions finales

Art. 29 Cession et mise en gage des prestations

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

Art. 30 Prescription

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

Art. 31 Communications

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

Art. 32 Lieu d'exécution et for

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