

Conditions générales de l'assurance individuelle contre les accidents **CGA** Couverture complémentaire à la LAA ou intégrale

Edition 01.01.2003

Tables des matières	
A.	Dispositions générales
Art. 1	Bases du contrat d'assurance
Art. 2	Personnes assurées
Art. 3	Validité territoriale
B.	Objet de l'assurance
Art. 4	Objet de l'assurance
Art. 5	Réduction des prestations en cas de faute grave, dangers extraordinaires et entreprises téméraires
Art. 6	Exclusions de l'assurance
C.	Prestations
Art. 7	Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)
Art. 8	Indemnité journalière d'hospitalisation
Art. 9	Indemnité journalière
Art. 10	Invalidité
Art. 11	Décès
Art. 12	Réduction des sommes d'assurance
Art. 13	Détermination des prestations assurées
Art. 14	Imputation sur les réclamations en responsabilité civile
Art. 15	Cession et mise en gage des prestations
D.	Primes
Art. 16	Prime anticipée et décompte définitif de la prime
Art. 17	Remboursement de la prime non courue
Art. 18	Modification du tarif des primes
Art. 19	Somation, mise en demeure et poursuite
F.	Sinistres
Art. 20	Obligation de déclaration
Art. 21	Conséquences de la déclaration tardive
G.	Durée du contrat
Art. 22	Début et fin de la couverture d'assurance
Art. 23	Durée du contrat d'assurance et résiliation
Art. 24	Modification du risque assuré
H.	Dispositions finales
Art. 25	Prescription
Art. 26	Communication
Art. 27	Lieu d'exécution et for

A. Dispositions générales

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.	En outre, lorsque l'assuré est domicilié dans la Principauté du Liechtenstein, les dispositions de la loi du 6 juin 1941 du Liechtenstein relative à l'adoption de la LCA font partie intégrante du contrat d'assurance.

Art. 2	Personnes assurées
	Toute personne âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans, peut adhérer à l'une des formes d'assurance suivantes:
a.	Assurance complémentaire à la LAA: pour autant que la personne soit soumise à l'assurance accidents obligatoire LAA.
b.	Assurance intégrale: pour autant que la personne n'est pas assurée ou a cessé d'être assurée à titre obligatoire ou facultatif contre les accidents professionnels et non professionnels au sens des dispositions de la LAA.
Art. 3	Validité territoriale
	L'assurance est valable dans le monde entier.

B. Objet de l'assurance

Art. 4 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.
2. Par accidents professionnels, 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.
3. 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. 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.
5. Pour certaines maladies professionnelles spécifiquement prévues par la loi, les prestations sont calculées, conformément à la LAA, en proportion de la durée de l'exposition au danger, pendant la période de garantie de la présente police, par rapport à la durée totale de l'exposition.

Art. 5 Réduction des prestations en cas de faute grave, dangers extraordinaires et entreprises téméraires

1. L'assureur renonce à réduire ses prestations pour tous les accidents assurés par ce contrat et dus à une faute grave, des dangers extraordinaires ou des entreprises téméraires au sens de la législation sur l'assurance accidents LAA.
2. L'article 6 des présentes conditions générales demeure réservé.

Art. 6 Exclusions de l'assurance

1. Aucune prestation d'assurance n'est accordée pour les accidents professionnels et non professionnels pour lesquels la Loi fédérale sur l'assurance accidents LAA n'intervient ou n'interviendrait pas (cas de refus des prestations).
2. En outre, sont exclus de l'assurance:
 - les dommages intentionnels;
 - les accidents lors de la perpétration intentionnelle d'un crime ou délit (y compris les accidents sous l'influence d'alcool);

- les accidents survenus lors de tremblements de terre en Suisse ou au Liechtenstein;
- le suicide, la mutilation volontaire ou la tentative à cette fin;
- les accidents survenus lors du service militaire à l'étranger;
- la participation à des actes de guerre;
- la participation à des actes 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;
- la participation à des désordres;
- 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.

C. Prestations

Art. 7 Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)

a. Assurance complémentaire à la LAA ou intégrale

Lorsque les frais de traitement sont assurés et selon la convention intervenue, 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), respectivement pour la couverture intégrale, les frais de traitement prescrits. Sauf dispositions contraires, la tarification des soins reste identique à la LAA. Les soins et traitements doivent être administrés par du personnel médical reconnu au sens de la LAA (cf. annexe A faisant partie intégrante des présentes conditions générales):

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 au sens de l'article 8 ci-après. Les frais supplémentaires pour le

séjour et la pension sont indemnisés 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 ci-après 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:

Naturopathie

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

Techniques du toucher

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

Psychothérapie

biodynamique, rebirthing, sophrologie, Tomatis (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 ou l'assureur militaire suisse.

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

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.

12. Indemnité pour inconvénients divers

Une indemnité forfaitaire supplémentaire en couverture des inconvénients divers générés par le sinistre est versée comme suit:

Fr. 400.–	si les frais médicaux (selon ch. 1) engendrés par l'accident sont supérieurs à	Fr. 1'000.–
Fr. 600.–	si supérieurs à	Fr. 2'000.–
Fr. 800.–	si supérieurs à	Fr. 3'000.–
Fr. 1'000.–	si supérieurs à	Fr. 4'000.–

b. Assurance complémentaire à l'assurance maladie (LAMal)

1. Lorsque les frais de guérison consécutifs à un accident sont assurés en complément aux prestations de l'assurance maladie (LAMal), l'assureur ne prend à sa charge, dans le cadre des présentes dispositions, que la part des frais non couverte par l'assureur maladie.

2. Les franchises, la participation aux coûts et les taxes éventuelles portées en compte par l'assureur maladie ne sont pas indemnisées.

c. Assurance complémentaire à la LAA

Si, au moment de l'accident, il n'existe pas ou plus d'assurance accidents selon la LAA, l'assureur ne supporte que la moitié des prestations qui seraient dues en vertu de l'article 7, lettre a, chiffres 1 à 3; les prestations prévues à l'article 7, lettre a, chiffres 4 à 12 sont payées sans réduction. Toutefois, ces prestations ne seront versées qu'en complément à celles dues par d'éventuels autres assureurs.

d. Prestations de tiers

1. Lorsque les frais de guérison selon lettre a sont dus en vertu de l'assurance militaire fédérale, 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 contre tout tiers responsable.

- pour les séjours de cure ou de convalescence, durant au maximum 30 jours par séjour, jusqu'à concurrence de 120 jours pour le même accident;
- 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 accident.

Art. 8 Indemnité journalière d'hospitalisation

a. Droit

L'assureur paie l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue 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 n'est en outre couvert que dans la mesure où l'assuré suivait un traitement médical avant le début de la cure.

Les hôpitaux et établissements psychiatriques ou de cure doivent être dirigés ou contrôlés médicalement.

Les cures de balnéothérapie faites sous contrôle médical donnent droit à une indemnité journalière d'hospitalisation.

Les séjours de convalescence sont pris en charge s'ils ont eu lieu dans un établissement de cure sous direction médicale.

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.

b. Durée des prestations

L'indemnité journalière d'hospitalisation est versée durant une période de cinq ans dès le premier jour de l'accident:

- pour les séjours hospitaliers, durant au maximum 360 jours par accident;

Art. 9 Indemnité journalière

a. Droit

L'assureur alloue à l'assuré atteint d'une incapacité de travail attestée médicalement, l'indemnité journalière convenue dans la police. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente convenu dans la police.

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

b. Obligation de l'assuré

L'assuré peut se faire examiner par un médecin choisi par lui. Si l'assuré ne se présente pas le jour de la convocation sans motif valable, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser des prestations, voire de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les honoraires relatifs à la consultation.

c. Durée des prestations

L'indemnité journalière est versée, par accident, durant 720 jours dans une période de cinq ans à partir du jour de l'accident, mais dans tous les cas au plus tard jusqu'au versement d'une prestation d'invalidité selon l'article 10 des présentes conditions générales.

d. 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.

e. Prestations de tiers

Dans la mesure où l'assuré a également droit à des prestations de l'assurance militaire fédérale, 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 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.

Art. 10 Invalidité

a. Genres de prestations

L'assureur paie, selon la couverture choisie:

- un capital d'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).

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).

L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou d'un organe équivaut à sa perte complète.

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 additionnés. 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.

Variantes 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:

Prestations en % de la somme d'assurance
Degré Indemnisation selon variantes
d'inval. % 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
52	52	81	110
51	51	78	105

Prestations en % de la somme d'assurance			
Degré d'inval. %	Indemnisation sans progr.	A	B
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. 11 Décès

a. Droit

Si l'accident a comme conséquence le décès de l'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 18e année, respectivement leur 25e année pour ceux qui effectuent un apprentissage ou des études, ont droit au capital décès à parts égales.

Sont également assimilés à ceux-ci, 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 deux, la part qui lui serait revenue échoit à ses héritiers.

3. Autres survivants

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. 10 des dites conditions générales), sont déduites des prestations en cas de décès.

c. Faute d'un survivant

Celui qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré est déchu de son droit à des prestations.

Le survivant ayant provoqué le décès de l'assuré par une négligence grave se verra réduire les prestations en espèces qui lui reviennent. Elles peuvent être refusées dans les cas particulièrement graves.

Art. 12 Réduction des sommes d'assurance

Lorsque l'assuré atteint l'âge de la retraite fixé dans la Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), les sommes d'assurance assurées sont limitées au maximum comme suit:

- en cas de décès à Fr. 30'000.–;
- en cas d'invalidité à Fr. 100'000.– (variante sans progression).

Art. 13 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 la combinaison de capitaux convenue dans la police.
3. Sauf disposition contraire prévue dans la police, 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. 300'000.– par assuré et par année.

Art. 14 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 d'autres membres de l'entreprise.

Art. 15 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.

D. Primes

Art. 16 Prime anticipée et décompte définitif de la prime

1. Sauf convention contraire, la prime est fixée par année d'assurance. Elle est payable d'avance, au début de l'année d'assurance.

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. Le délai de paiement est d'un mois après l'échéance.

L'article 17 des présentes conditions générales demeure réservé.

2. Lorsque la prime de l'indemnité journalière est calculée d'après le gain journalier assuré, 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. L'assuré est tenu de communiquer à l'assureur toutes les données nécessaires à l'établissement du décompte définitif de la prime (décomptes salaire ou AVS).

L'assureur communique à l'assuré 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.–.

Art. 17 Remboursement de la prime non courue

1. Lorsque le contrat est annulé avant l'expiration de l'année d'assurance, l'assureur rembourse à l'assuré 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. Les dispositions relatives au décompte définitif de la prime selon l'article 16 ci-dessus demeurent réservées.
3. La réglementation de l'alinéa précédent n'est pas applicable:
 - en cas de résiliation du contrat par l'assuré à la suite d'un sinistre;

- en cas de résiliation par l'assuré d'un contrat en vigueur depuis moins d'un an;
- si l'assuré contrevient à ses obligations à l'égard de l'assureur dans le but de l'induire en erreur.

Art. 18 Modification du tarif des primes

1. Si les primes du tarif concernant une ou plusieurs prestations assurées (art. 7 à 11 CGA) sont modifiées, l'assureur peut demander l'adaptation du contrat pour la prochaine période d'assurance. L'assureur doit informer l'assuré des nouvelles dispositions du contrat au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année civile.
2. L'assuré a alors le droit de résilier la partie du contrat d'assurance qui a été modifiée ou l'intégralité du contrat, pour la fin de l'année civile en cours. Pour être valable, la résiliation doit être postée sous pli (LSI) et réceptionnée au plus tard le 31 décembre.
3. L'assuré qui ne résilie pas le contrat sera considéré comme ayant accepté les adaptations faites au niveau des primes.

Art. 19 Sommation, mise en demeure et poursuite

1. Si la prime ou les acomptes de prime ne sont pas payés à l'échéance, l'assuré est sommé par écrit à ses frais d'en effectuer le paiement dans le 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, avec rappel des conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de sommation.
2. L'assuré ne peut prétendre à des prestations pour des accidents et leurs suites qui existaient ou sont apparus durant la suspension de l'obligation aux prestations, même si la prime est payée par la suite.
3. Lorsque l'assureur entame une procédure de poursuite à l'encontre de l'assuré, des frais administratifs ainsi que des frais d'ouverture de dossier peuvent être réclamés.

E. Sinistres

Art. 20 Obligation de déclaration

L'assuré doit aviser, par écrit et sans retard, l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Si l'assuré décède des suites de l'accident, cette obligation incombe aux survivants qui ont droit à des prestations.

Art. 21 Conséquences de la déclaration tardive de l'accident

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.

F. Durée du contrat

Art. 22 Début et fin de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance commence à la date fixée dans la police et cesse à l'extinction de la police.
2. Elle s'éteint à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré transfère son domicile à l'étranger (Liechtenstein excepté).
3. Les cas de rechutes sont pris en considération dans une période de cinq ans après la survenance de l'accident assuré dans le cadre du contrat et pour autant que la police soit en vigueur au moment de la rechute.

Art. 23 Durée du contrat d'assurance 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 à l'assuré, 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, l'assuré 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 l'assuré se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets dès réception de l'avis de résiliation par l'assureur, qui conserve ses droits à la prime pour la période d'assurance en cours.
5. Toute résiliation doit être notifiée sous pli (LSI).

Art. 24 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, l'assuré 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 l'assuré satisfait à son obligation d'avis. L'assureur a toutefois le droit, dans les 14 jours suivant la réception de la communication par l'assuré, 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 l'assuré 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. L'assuré 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. 25 Prescription

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

Art. 26 Communications

1. Toute communication doit être adressée au siège administratif de l'assureur à Martigny.
2. Les communications incombant à l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée à l'assureur par l'assuré.

Art. 27 Lieu d'exécution et for

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

Annexe A

Assurance intégrale: couverture totale

Assurance complémentaire: part des frais non couverts par l'assureur compétent

1. Frais de guérison	
Traitements ambulatoires	Frais médicaux - Libre choix du fournisseur de prestations
Médicaments et analyses	Ordonnés par le prestataire de soins
Hospitalisation	Frais médicaux, de séjour et de pension (option div. mi- et privée) dans les hôpitaux reconnus
Séjours de cure et de convalescence	Frais médicaux ordonnés médicalement Frais de séjour et de pension Fr. 200.– par jour, maximum 30 jours par séjour et 120 jours par accident
Médecine alternative	Fr. 70.– par séance, maximum Fr. 1'000.– par année civile
Déduction pour frais d'entretien	Déduction opérée par l'assureur LAA ou l'assureur militaire suisse
Moyens auxiliaires	Frais pour la première acquisition Frais de réparation ou remplacement (valeur à neuf)
Soins à domicile	Donnés sur prescription médicale par du personnel infirmier
Aide au ménage	Fr. 50.– par jour, maximum 120 jours par cas, si incapacité attestée à 50%
Frais de transport	Frais nécessaires jusqu'au lieu de traitement
Frais de levée et transport du corps	Frais nécessaires jusqu'au lieu d'ensevelissement
Opérations de recherche	Maximum Fr. 20'000.– par assuré
Indemnité pour inconvénients divers	de Fr. 400.– à Fr. 1'000.– selon les frais médicaux engendrés
Durée	Maximum 5 ans dès le premier jour de l'accident
2. Indemnité journalière en cas d'hospitalisation	
Montant	Fr. 10.–, 20.–, 50.–, 100.–, 150.– ou 200.– par jour
Durée	Hospitalisation: maximum 360 jours pendant 5 ans Cure et convalescence: 30 jours par séjour, maximum 120 jours pendant 5 ans
Soins à domicile pour éviter l'hospitalisation 50% de l'indemnité convenue, maximum 200 jours par accident	
3. Indemnité journalière	
Montant	Indemnité fixe journalière ou % du salaire, maximum gain assuré Fr. 300'000.– par année
Délais d'attente	Entre 0 et 180 jours
Durée	Maximum 720 jours durant une période de 5 ans par accident
4. Invalidité	
Capital	Selon la somme d'assurance convenue
Variantes de progression	3 variantes: sans progression, 225% ou 350%
Assurés ayant atteint l'âge de la retraite	Maximum Fr. 100'000.– (variante sans progression)
Domages esthétiques	10% ou 5% de la somme d'assurance selon le dommage, maximum Fr. 20'000.–
Frais de réadaptation à une autre profession	Frais adéquats, maximum Fr. 20'000.–
5. Décès	
Capital	Selon la somme d'assurance convenue
Frais d'ensevelissement	10% de la somme d'assurance convenue, maximum Fr. 10'000.–, en cas d'absence d'héritiers légaux
Assurés ayant atteint l'âge de la retraite	Fr. 30'000.–