

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

LAACGA01-F10 – Edition 01.09.2010

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** Début et fin de la couverture d'assurance
- Art. 5** Passage à l'assurance individuelle
- Art. 6** Validité territoriale
- Art. 7** Réduction des prestations en cas de faute grave, dangers extraordinaires et entreprises téméraires
- Art. 8** Exclusions de l'assurance

B. Prestations

- Art. 9** Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)
- Art. 10** Indemnité journalière d'hospitalisation
- Art. 11** Indemnité journalière
- Art. 12** Invalidité
- Art. 13** Décès
- Art. 14** Prestations sous forme de rente pour le salaire excédentaire LAA
- Art. 15** Adaptation du contrat à l'âge de la retraite
- Art. 16** Extension de la couverture d'assurance en complément à l'assurance LAA
- Art. 17** Détermination des prestations assurées
- Art. 18** Imputation sur les réclamations en responsabilité civile

- Art. 19** Cession et mise en gage des prestations

C. Primes

- Art. 20** Calcul de la prime
- Art. 21** Prime anticipée et décompte définitif de la prime
- Art. 22** Remboursement de la prime non courue
- Art. 23** Modification du tarif des primes
- Art. 24** Sommutation

D. Participation aux excédents

- Art. 25** Calcul de la participation aux excédents

E. Sinistres

- Art. 26** Obligation de déclaration
- Art. 27** Conséquences de la déclaration tardive de l'accident

F. Durée du contrat

- Art. 28** Durée du contrat d'assurance et résiliation
- Art. 29** Modification du risque assuré

G. Dispositions finales

- Art. 30** Prescription
- Art. 31** Communication
- 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. En outre, lorsque le preneur d'assurance et les assurés sont domiciliés 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

- a. Assurance complémentaire à la LAA
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.
- b. Assurance intégrale
Sont assurées les personnes désignées dans la police non soumises ou qui ont cessé d'être soumises à titre obligatoire ou facultatif à l'assurance obligatoire (LAA) du fait de leur activité pour le compte du preneur.
- c. Limite d'âge
Peuvent être affiliées aux assurances citées sous lettres a et b les personnes qui sont âgées de 15 ans révolus, mais qui n'ont pas atteint l'âge de l'AVS.

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.

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 collectif et pour autant que la personne fasse toujours partie du cercle des personnes assurées.
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. 4 Début et fin de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance débute pour chaque assuré 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.
2. Dans tous les cas, la couverture débute au plus tôt à la date fixée dans la police et cesse au plus tard à l'extinction de la police.
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 sont pris en considération dans une période de cinq ans après la survenance de l'accident assuré dans le cadre du contrat, pour autant que le bénéficiaire fasse toujours partie du cercle des personnes assurées et que la police soit en vigueur au moment de la rechute.
4. La couverture d'assurance prend également fin en cas de chômage ou lors d'interruptions 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.

Art. 5 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. En fonction de sa nouvelle situation professionnelle, son assurance continue alors comme assurance complémentaire à la LAA ou intégrale. 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'état de santé de la personne à assurer au moment de son entrée dans l'assurance collective.
3. La durée et le montant des prestations (notamment de perte de gain) perçues de l'assurance collective, sont imputés sur les prestations de la couverture dont bénéficie l'assuré en qualité de membre individuel.

Art. 6 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

Art. 7 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 8 des présentes conditions générales demeure réservé.

Art. 8 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;
 - les suites d'événements de guerre:
 - en Suisse et au Liechtenstein,
 - 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;
 - 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.

B. Prestations

Art. 9 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 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), 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 10 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, bio-résonance, 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, 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.

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 quote-part 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 9, lettre a, chiffres 1 à 3; les prestations prévues à l'article 9, 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 et de ses survivants contre tout tiers responsable.

Art. 10 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;
- 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. 11 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. 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 12 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 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.

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 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 |

Art. 12 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%.

Prestations en % de la somme d'assurance

| Degré d'inval. % | Indemnisation selon variantes sans progr. | A | B |
|---------------------|--|------------|------------|
| 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 |
| 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. 13 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 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 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, 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. 12 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. 14 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. 15 Adaptation du contrat à l'âge 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, pour autant qu'elles aient été convenues dans la police, comme suit:

a. Frais de traitement:

L'assurance pour les frais de traitement (art. 9) prend fin.

Sur demande de l'assuré, l'assurance peut être maintenue moyennant une convention spéciale. L'assureur adapte alors la couverture d'assurance à la nouvelle situation de l'assuré.

b. Indemnité journalière d'hospitalisation:

L'allocation journalière est limitée au maximum à Fr. 20.–.

c. Indemnité journalière:

L'assurance de l'indemnité journalière (art. 11) prend fin. Si l'assuré continue à exercer, passé le délai de l'âge légal de la retraite, une activité professionnelle régulière, l'assurance peut être maintenue moyennant une convention spéciale.

d. Invalidité:

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

e. Décès:

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

Art. 16 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 8 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. 17 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. 18 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.

Art. 19 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.

C. Primes

Art. 20 Calcul de la prime

Sauf disposition contraire, 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. 21 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 22 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.
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.-.

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.

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. 22 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 21 ci-dessus demeurent réservées.

Art. 23 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 sous pli 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. 24 Sommation

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. 25 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 et ceci pour autant que la police soit toujours en vigueur au moment du décompte. 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. 26 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. 27 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. Durée du contrat

Art. 28 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. 29 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. 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. 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 le preneur d'assurance ou l'assuré.

Art. 32 Lieu d'exécution et for

1. Les obligations résultant du contrat doivent être exécutées au domicile suisse de l'assuré ou du preneur d'assurance 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 ou siège 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.

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 pension (option mi- et privée) dans les hôpitaux reconnus |
| Séjours de cure et 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 an |
| Déduction pour frais d'entretien | Déduction opérée par l'assureur LAA |
| 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 de 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 Cures et convalescences: 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. 400'000.– 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) |
| Salaire excédentaire * | Au maximum 5x le salaire annuel excédentaire |
| Dommages 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 |
| Salaire excédentaire * | Au maximum 3x le salaire annuel excédentaire |
| Frais d'ensevelissement | 10% de la somme d'assurance convenue maximum Fr. 10'000.– en cas d'absence de bénéficiaires |
| Assurés ayant atteint l'âge de la retraite | Fr. 30'000.– |

* prestations en complément à l'assurance accidents LAA uniquement