

Assurance collective contre les accidents complémentaire à la LAA

édition 01.03.2023

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

Le présent document client renseigne de manière claire et succincte sur l'identité de l'assureur et sur les principaux éléments du contrat d'assurance, ainsi que l'exige l'art. 3 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

Qui est l'assureur?

Le partenaire contractuel est Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après «assureur») dont le siège est rue des Cèdres 5, Case postale, CH-1919 Martigny.

Quels sont les risques pris en charge par l'assurance?

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

Les définitions des trois risques pris en charge sont stipulées dans les conditions générales d'assurances.

Quelles sont les prestations couvertes par l'assurance?

La couverture peut s'étendre aux prestations suivantes:

- frais de traitements selon la variante choisie (assurance de dommages);
- indemnité journalière d'hospitalisation (assurance de sommes);
- indemnité journalière en cas d'incapacité de travail (assurance de dommages);
- indemnité journalière en cas de rechute et de séquelles tardives d'accidents antérieurs non couverts (assurance de dommages);
- moyens auxiliaires à la place de travail (assurance de dommages);
- indemnité en cas de décès selon les dispositions de l'article 338 CO (assurance de dommages);
- en cas d'invalidité: capital invalidité (assurance de sommes) et/ou dommages esthétiques (assurance de sommes) et/ou frais de réadaptation professionnelle (assurance de dommages);
- capital en cas de décès (assurance de sommes);
- prestations sous forme de rente excédentaire LAA (assurance de dommages);
- couverture de la réduction opérée par la LAA (assurance de dommages).

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

Quels sont les taux de primes?

Les taux de primes dépendent des prestations assurées. La prime est calculée sur la base des taux de primes et des salaires déclarés par l'employeur.

Qui est le preneur d'assurance et qui sont les personnes assurées?

Le preneur d'assurance est l'employeur qui a conclu le contrat d'assurance.

Le cercle des personnes assurées est mentionné dans la police.

Police d'assurance:

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

Quelles sont les obligations du preneur d'assurance?

Les obligations du preneur d'assurance sont définies dans la police d'assurance et dans les conditions générales d'assurance.

Il a notamment l'obligation d'informer les personnes assurées de la teneur principale du contrat, de ses modifications et de sa dissolution ainsi que sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance en cas de sortie du cercle des assurés ou lorsque le contrat prend fin.

Le preneur d'assurance est par ailleurs tenu de remplir les obligations suivantes:

- aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un employé a été victime d'un accident qui nécessite un traitement médical, provoque une incapacité de travail ou cause le décès de l'assuré;
- communiquer immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité;
- remettre à l'assureur le formulaire de déclaration de salaires lors de la facturation définitive et, sur demande, les décomptes AVS des personnes assurées;
- autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés,

à consulter au besoin les livres et pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS;

- fournir tout document de nature à établir le droit aux prestations;
- informer l'assureur sur une éventuelle aggravation du risque (modification de l'activité de l'entreprise ou de la profession assurée).

Le détail des obligations du preneur d'assurance est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Le non-respect des obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations.

Quelles sont les obligations de l'assuré?

L'assuré est notamment tenu de remplir les obligations suivantes:

- aviser sans retard son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Si l'assuré décède des suites de l'accident, cette obligation incombe aux survivants qui ont droit à des prestations;
- consulter un médecin autorisé à son cabinet au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité et suivre ses instructions;
- collaborer avec l'assureur et les institutions d'assurance sociale;
- tout entreprendre pour réduire le dommage;
- rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur durant son incapacité de travail;
- lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigation engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.

Le détail des obligations de l'assuré est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Le non-respect des obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations.

Quelles sont les exclusions de prestations?

Sont notamment exclus de l'assurance:

- les cas de réticence;
- les cas de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;
- les dommages intentionnels;
- les accidents provoqués par l'assuré en commettant un crime;
- les accidents survenus lors de tremblements de terre;
- les suites d'événements de guerre.

Cette liste n'est pas exhaustive. D'autres exclusions résultent des conditions générales d'assurances ainsi que de la LCA.

Dans quels cas l'assureur peut-il réduire ou refuser les prestations d'assurance?

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

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

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

Les prestations peuvent notamment être réduites ou refusées temporairement ou définitivement:

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

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

Quand commence le contrat?

Le contrat commence à la date indiquée dans la police. Il est réputé conclu dès que l'assureur a communiqué l'acceptation de la proposition.

Quand prend fin le contrat d'assurance?

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

- à l'échéance du contrat indiquée dans la police, moyennant un préavis de 3 mois. La résiliation est considérée comme intervenue à temps si elle parvient à l'assureur au plus tard le 30 septembre. Si le contrat n'est pas résilié, il est renouvelé tacitement d'année en année;
- après chaque sinistre pour lequel une prestation est versée, mais au plus tard dans les 14 jours après avoir eu connaissance du paiement par l'assureur;
- lorsque l'assureur adapte le taux de prime; dans ce cas, la résiliation doit parvenir à l'assureur avant la fin de l'année civile.

L'assurance prend également fin:

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

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

- à l'échéance du contrat indiquée dans la police, moyennant un préavis de 3 mois. Si le contrat n'est pas résilié, il est renouvelé tacitement d'année en année;
- lorsque le preneur d'assurance a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur;
- l'assureur renonce expressément au droit que lui confère la LCA de se départir du contrat sur sinistre excepté en cas d'abus, de fausse déclaration, de dol, de réticence ou de leur tentative par le preneur d'assurance ou de juste motif au sens de la LCA.

Ces listes ne mentionnent que les possibilités les plus courantes dans lesquelles il peut être mis fin au contrat. D'autres possibilités résultent des conditions générales d'assurances ainsi que de la LCA.

Quand débute la couverture d'assurance?

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

Quand prend fin la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:

- en cas de sortie de l'assuré du contrat d'assurance à l'expiration du jour qui précède l'entrée chez un nouvel employeur, ou à l'inscription au chômage, mais au plus tard à la fin du 31ème jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins;
Pour les travailleurs occupés à temps partiel, qui ne sont assurés que pour les accidents professionnels et les maladies professionnelles, l'assurance s'éteint le dernier jour de travail.
- en cas de non-paiement des primes;
- à la fin du contrat d'assurance;
- à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

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

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

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

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

LAACGA06-F1 – édition 01.03.2023

Table des matières

A. Généralités

Abréviations

- Art. 1** Assureur
Art. 2 But de l'assurance
Art. 3 Bases juridiques du contrat
Art. 4 Définitions

B. Etendue de l'assurance

- Art. 5** Police d'assurance
Art. 6 Personnes assurées

C. Début et fin du contrat

- Art. 7** Début et fin du contrat
Art. 8 Résiliation sur sinistre
Art. 9 Prétention frauduleuse

D. Couverture d'assurance

- Art. 10** Début de la couverture d'assurance
Art. 11 Fin de la couverture d'assurance
Art. 12 Passage à l'assurance individuelle
Art. 13 Congé non payé

E. Prestations assurée

- Art. 14** Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)
Art. 15 Indemnité journalière d'hospitalisation
Art. 16 Indemnité journalière
Art. 17 Moyens auxiliaires à la place de travail
Art. 18 Indemnité en cas de décès

- Art. 19** Rechutes et séquelles tardives d'accidents antérieurs
Art. 20 Invalidité
Art. 21 Capital en cas de décès
Art. 22 Prestations sous forme de rente excédentaire LAA
Art. 23 Couverture de la réduction opérée par la LAA
Art. 24 Exclusions de prestations
Art. 25 Réduction et refus de prestations
Art. 26 Prestations pour les personnes touchant une rente de vieillesse de l'AVS
Art. 27 Validité territoriale
Art. 28 Recours contre tiers responsables

F. Primes

- Art. 29** Calcul de la prime
Art. 30 Paiement des primes
Art. 31 Adaptation des taux de prime
Art. 32 Décompte de prime définitif
Art. 33 Participation aux excédents

G. Dispositions diverses

- Art. 34** Obligations du preneur d'assurance
Art. 35 Obligations de l'assuré
Art. 36 Modification du risque assuré
Art. 37 Cession et mise en gage des prestations
Art. 38 Clause courtier
Art. 39 Communications
Art. 40 Lieu d'exécution
Art. 41 For
Art. 42 Protection des données

A. Généralités

Abréviations

- LAVS: Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LAI: Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAMal: Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAA: Loi fédérale sur l'assurance-accidents
OLAA: Ordonnance sur l'assurance-accidents
LAM: Loi fédérale sur l'assurance militaire
LACI: Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
LCA: Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LPD: Loi fédérale sur la protection des données
CGA: Conditions générales d'assurances
CO: Code des obligations

Art. 1 Assureur

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

Art. 2 But de l'assurance

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

Art. 3 Bases juridiques du contrat

Les bases juridiques du contrat sont constituées par:

1. Les présentes CGA, les éventuelles conditions complémentaires ou particulières ainsi que les dispositions de la police et les éventuels avenants.
2. Les dispositions et déclarations mentionnées dans la proposition, les autres déclarations du preneur d'assurance.
3. La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).
4. La loi sur la protection des données (LPD).
5. La LAA est applicable par analogie lorsque les présentes conditions générales le prévoient.
6. Le Code des obligations (CO).

Art. 4 Définitions

1. Accidents professionnels

Par accidents professionnels, on entend tous les accidents au sens de la LAA subis par l'assuré dans l'exercice de son activité lucrative. Tous les autres accidents sont réputés non professionnels.

2. Maladies professionnelles

Par maladies professionnelles, on entend celles au sens de la 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.

3. Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4. Invalidité

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

5. Cas

Par cas, on entend la manifestation d'une maladie professionnelle ou d'un accident spécifié chez un individu déterminé.

6. Salaire LAA

Le salaire LAA correspond au gain assuré au sens de la LAA et de ses ordonnances.

7. Salaire excédentaire

Le salaire excédentaire correspond au salaire qui dépasse le gain assuré maximum au sens de la LAA et de ses ordonnances.

8. Assurance collective contre les accidents analogue à la LAA

Cette assurance a pour but de fournir une protection d'assurance fondée sur le catalogue de prestations de l'assurance-accidents obligatoire (LAA).

B. Etendue de l'assurance

Art. 5 Police d'assurance

La police d'assurance stipule les détails de la couverture d'assurance, notamment les personnes assurées, le montant du salaire maximum assuré, les prestations assurées et les conditions particulières éventuelles.

Art. 6 Personnes assurées

1. Sont assurées les personnes appartenant au cercle des assurés indiqué dans la police, pour autant qu'elles soient soumises à l'assurance-accidents LAA pour l'activité assurée dans la police.
2. Pour les travailleurs occupés à temps partiel, qui en raison de leur durée de travail dans l'entreprise assurée, ne sont couverts par l'assurance-accidents obligatoire que pour les accidents professionnels et pour les maladies professionnelles, la couverture de l'assurance complémentaire à la LAA est également limitée aux accidents professionnels et aux maladies professionnelles. Pour ces personnes, les accidents qui se produisent sur le chemin du travail sont réputés accidents professionnels.
3. Les travailleurs non soumis à la LAA, au bénéfice de l'assurance collective contre les accidents analogue à la LAA, peuvent également être assurés.
4. Sauf disposition contraire dans la police, les personnes visées par l'art. 1a, al. 1, let. c LAA participant à une mesure de l'assurance-invalidité dans l'entreprise ne sont pas assurées.

C. Début et fin du contrat

Art. 7 Début et fin du contrat

1. L'entrée en vigueur du contrat et son échéance sont indiquées dans la police.
2. A l'échéance de la police et sauf avis de résiliation réceptionné au plus tard le 30 septembre, le contrat est reconduit tacitement d'année en année.
3. Le contrat prend fin:
 - a. en cas de résiliation par le preneur d'assurance ou par l'assureur;
 - b. à la cessation d'activité de l'entreprise assurée;
 - c. en cas de résiliation sur sinistre au sens de l'art. 8 des présentes CGA;
 - d. en cas de résiliation sur prétentions frauduleuses au sens de l'art. 9 des présentes CGA;
 - e. en cas de non-paiement des primes au sens de l'art. 30 ch. 5 des présentes CGA;
 - f. au moment du transfert du siège ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger;
 - g. en cas de résiliation suite à une augmentation des taux de prime au sens de l'art. 31 des présentes CGA.

Art. 8 Résiliation sur sinistre

1. 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 a eu connaissance du paiement de la prestation. Si le preneur d'assurance se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets 14 jours après la notification de l'avis de résiliation à l'assureur.
2. L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la LCA de se départir du contrat sur sinistre, excepté en cas d'abus, de fausse déclaration, de dol, de réticence ou de leurs tentatives ou de juste motif au sens de la LCA.

Art. 9 Prétention frauduleuse

La police peut être annulée ou résiliée lorsque le preneur d'assurance a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.

D. Couverture d'assurance

Art. 10 Début de la couverture d'assurance

1. L'assureur verse des prestations si la survenance de l'accident ou de la lésion corporelle ou la dernière mise en danger avant la déclaration de la maladie professionnelle a eu lieu pendant la durée de validité du contrat collectif à l'exception de l'art.19 des présentes CGA.
Les cas de rechutes et de séquelles tardives pour les accidents survenus durant la période d'assurance sont couverts pour autant qu'il y ait une prise en charge de l'assureur LAA.
2. L'assurance produit ses effets dès le jour où débutent les rapports de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail.

Art. 11 Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:

- a. à l'expiration du jour qui précède l'entrée chez un nouvel employeur, ou à l'inscription au chômage, mais au plus tard à la fin du 31^e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins sous réserve de l'art. 13 des présentes CGA.
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;
- b. en cas de non-paiement des primes selon l'art. 30 ch. 4 des présentes CGA;
- c. à la fin du contrat d'assurance ou dès sa suspension;
- d. à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché, sous réserve de l'art. 6 ch. 3 des présentes CGA.

Art. 12 Passage à l'assurance individuelle

1. La personne domiciliée en Suisse qui cesse d'appartenir au cercle des assurés a le droit de passer dans un produit d'assurance individuel. Elle doit faire valoir son droit dans les 90 jours suivant le jour où elle quitte le cercle des assurés pour autant qu'aucun accident ne soit survenu à compter du dernier jour de travail.
Le droit de passage s'applique également pour le frontalière s'il poursuit une activité salariée en Suisse.
2. Peuvent être assurés au maximum les prestations d'assurance pour les frais médicaux, les indemnités journalières et les capitaux qui l'étaient déjà jusqu'alors, sans examen de santé.
3. Au moment du passage, les tarifs et CGA du produit individuel en vigueur sont applicables. Les prestations sont

réduites proportionnellement si le nouveau revenu effectif ou l'indemnité de chômage sont inférieurs.

4. L'âge au moment de l'entrée dans l'assurance collective est déterminant pour le calcul de la prime.
5. Le droit de passage en qualité d'assuré individuel n'existe pas:
 - en cas de résiliation du contrat d'assurance et de la reprise de celle-ci par un autre assureur pour le même cercle de personnes ou des parties de celui-ci;
 - si l'assuré quitte son emploi et passe dans l'assurance complémentaire à la LAA d'un nouvel employeur;
 - si l'assuré perçoit une rente de l'AVS ou d'une autre assurance sociale étrangère.

Art. 13 Congé non payé

1. En cas de congé non payé, la couverture subsiste pendant 7 mois au maximum (y compris la prolongation de la couverture selon l'art.11 let. a des présentes CGA), pour autant que l'assuré soit couvert par l'assurance-accidents selon la LAA (y compris assurance par convention) et que son contrat de travail ne soit pas résilié.
2. Pendant la durée du congé non payé, aucune prime n'est perçue.

E. Prestations assurées

Art. 14 Frais de traitement (prestations pour soins et remboursement de frais)

A. Prise en charge

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

Il rembourse les frais de traitement qui sont efficaces, appropriés et économiques.

La prise en charge débute à partir du jour de l'accident et tant que des prestations de soins sont versées sur la base de l'assurance-accidents selon la LAA.

Si les soins prodigués dans le pays de domicile sont pris en charge par l'assureur LAA selon les dispositions légales et tarifaires du pays de domicile, la couverture d'assurance s'étend à la prise en charge des dépassements d'honoraires et participations légales étrangères (facturés pour des traitements ambulatoires et par des pharmaciens qui ne sont pas remboursés par l'assurance sociale du pays de résidence) en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE/UK ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale et pour autant que la loi du pays en question ne l'interdise pas. Cette couverture relève de l'assurance de dommages.

1. Traitement médical

Les soins et frais de traitements administrés par du personnel médical reconnu au sens de la LAA.

2. Médicaments

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

3. Hospitalisation

a. Couverture

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

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

b. Etablissements reconnus

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

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

c. Etablissements non reconnus

L'assureur se réserve le droit de refuser ou de limiter les prestations fournies par un prestataire n'ayant pas de convention tarifaire avec l'assureur.

d. Déduction opérée par l'assureur LAA

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

4. Séjours de cure et de convalescence

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

5. Médecine alternative

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

6. Moyens auxiliaires

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

Les frais pour la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) d'objets destinés à remplacer mor-

phologiquement ou fonctionnellement une partie du corps, dans l'hypothèse où ceux-ci ont été endommagés ou détruits lors d'un accident assuré entraînant une lésion corporelle nécessitant un traitement.

7. Aide et soins à domicile

L'assuré a droit à l'aide et aux soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne ou une organisation reconnue au sens de la LAA.

L'aide à domicile est octroyée pour autant qu'une incapacité d'au moins 50% soit attestée par un médecin. Les soins à domicile sont couverts, dans les limites prévues ci-dessous, aussi longtemps que l'assuré perçoit une indemnité journalière de l'assureur LAA. La limitation pour l'aide et les soins à domicile se monte à CHF 100.– par jour et au maximum CHF 6000.– par cas.

8. Garde d'enfants

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

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

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

9. Dommages matériels

Les frais de nettoyage, de réparation ou de remplacement des vêtements de l'assuré endommagés lors d'un accident donnant droit à une indemnité ainsi que les frais pour des objets et des véhicules appartenant à des personnes intervenues pour dégager et transporter l'assuré, ce jusqu'à un montant maximal de CHF 3000.– par accident.

10. Frais de transport

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

11. Levée et transport du corps

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

12. Opérations de recherches

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

B. Fournisseurs de prestations

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

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

Les listes valables au moment du traitement sont déterminantes.

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

C. Prestations de tiers

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

D. Surindemnisation

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

Art. 15 Indemnité journalière d'hospitalisation

1. Droit aux prestations

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

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

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

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

2. Durée des prestations

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

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

3. Nature

Cette prestation relève de l'assurance de sommes.

Art. 16 Indemnité journalière

1. Droit aux prestations

Pour autant que l'assuré ait droit à une indemnité journalière en vertu de l'assurance-accidents (LAA), l'assureur alloue à l'assuré atteint d'une incapacité de travail attestée médicalement, l'indemnité journalière convenue dans la police sous réserve de l'art. 26 ch. 1 des présentes CGA. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente convenu.

Le délai d'attente commence à courir le jour qui suit celui de l'accident.

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

2. Incapacité partielle de travail

En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en proportion du degré d'incapacité de travail est versée par l'assureur.

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

3. 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 suisse ou étrangère, l'assureur complète ses prestations jusqu'à concurrence de la perte de gain effective de l'assuré. Il paie au maximum l'indemnité journalière convenue. L'assureur est en droit de demander directement, auprès de ces derniers ou d'un éventuel autre tiers, le remboursement des avances concédées. Le montant restitué reste acquis à l'assureur.

4. Surindemnisation

Lorsque plusieurs assureurs couvrent l'indemnité journalière, le total des prestations qu'ils allouent ne peut dépasser la perte subie. Dans cette éventualité, l'assureur indemnise la perte de gain en proportion de l'indemnité journalière qu'il assure par rapport au total des indemnités journalières assurées.

5. Nature

Cette prestation relève de l'assurance de dommages.

Art. 17 Moyens auxiliaires à la place de travail

Si, à la suite d'un accident assuré, l'acquisition de matériel adapté pour la place de travail s'avère nécessaire, l'assureur prend en charge les frais d'analyse par un spécialiste désigné par lui, ainsi que les moyens recommandés par celui-ci pour autant que:

- une couverture selon la LAA soit en vigueur auprès de l'assureur;
- les prestations selon les art. 14 et 16 des présentes CGA (frais de traitement et indemnité journalière) soient assurées.

La prise en charge se monte au maximum à CHF 5000.– par cas. Une demande de prise en charge doit être soumise à l'AI. Si cette dernière est acceptée, tout ou partie des prestations de l'assureur constituent une avance de frais. Dans ce cas, l'assureur est en droit de demander directement, auprès de l'AI, le remboursement des avances concédées. Le montant restitué reste acquis à l'assureur.

Cette prestation relève de l'assurance de dommages.

Art. 18 Indemnité en cas de décès

Si la police le prévoit, en cas de décès de l'assuré résultant d'un accident assuré, l'assureur prend à sa charge le salaire que le preneur d'assurance est tenu de verser en vertu de l'art. 338 CO. Cette prestation relève de l'assurance de dommages.

Art. 19 Rechutes et séquelles tardives d'accidents antérieurs

En cas de rechute et/ou de séquelles tardives d'un accident antérieur pour lequel il n'existe pas ou plus de couverture d'assurance selon la LAA, l'assureur couvre les prestations suivantes pour autant qu'elles soient mentionnées dans la police:

1. Frais de traitement (si la police le prévoit)

L'assureur prend en charge les frais de guérison selon la variante choisie en complément à l'assureur-maladie ou à d'autres assureurs sociaux dans les limites prévues à l'art. 14 des présentes CGA et aussi longtemps que cette couverture demeure en vigueur.

2. Indemnité journalière (si la police le prévoit)

En cas d'incapacité de travail reconnue, l'assureur verse une indemnité journalière à hauteur de 80% du gain assuré basé sur le salaire LAA. La durée des prestations est limitée, par cas, à 730 jours au maximum. L'art. 26 ch. 1 des présentes CGA demeure réservé.

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'incapacité de travail attestée. Les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés en plein pour le calcul de la durée des prestations. Les modalités de l'art. 16 des présentes CGA sont aussi applicables.

Si la police le prévoit, les couvertures indemnité journalière complémentaire et/ou excédentaire sont également prises en considération pour le calcul des prestations dans les limites du salaire maximum assuré.

Art. 20 Invalidité

1. Droit aux prestations

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

- un capital invalidité (selon ch. 2, let. c ci-dessous) et/ou,
- des frais de chirurgie esthétique (selon ch. 3 ci-dessous) et/ou,
- des frais de réadaptation professionnelle (selon ch. 4 ci-dessous).

2. Prestations en capital

a. Droit aux prestations

Le capital d'invalidité est versé dès que l'invalidité est réputée permanente. L'art. 26, ch. 2 des présentes CGA demeure réservé.

b. Degré d'invalidité

Le degré d'invalidité est fixé selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 OLAA et des tables de la SUVA y relatives.

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

c. Calcul du capital

Le capital d'invalidité est calculé en fonction du degré

d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de progression choisie.

Si l'assuré était déjà invalide avant l'accident, l'assureur paie un capital proportionnel au degré d'invalidité découlant directement de l'accident.

d. Variantes de progression

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

Prestations en % de la somme d'assurance

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

Degré d'inval. %	Indemnisation sans progr.	selon variantes	
		A	B
63	63	114	165
62	62	111	160
61	61	108	155
60	60	105	150
59	59	102	145
58	58	99	140
57	57	96	135
56	56	93	130
55	55	90	125
54	54	87	120
53	53	84	115
52	52	81	110
51	51	78	105
50	50	75	100
49	49	73	97
48	48	71	94
47	47	69	91
46	46	67	88
45	45	65	85
44	44	63	82
43	43	61	79
42	42	59	76
41	41	57	73
40	40	55	70
39	39	53	67
38	38	51	64
37	37	49	61
36	36	47	58
35	35	45	55
34	34	43	52
33	33	41	49
32	32	39	46
31	31	37	43
30	30	35	40
29	29	33	37
28	28	31	34
27	27	29	31
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

Degré d'inval. %	Indemnisation sans progr.	selon variantes	
		A	B
16	16	16	16
15	15	15	15
14	14	14	14
13	13	13	13
12	12	12	12
11	11	11	11
10	10	10	10
9	9	9	9
8	8	8	8
7	7	7	7
6	6	6	6
5	5	5	5

e. Nature

Cette prestation relève de l'assurance de sommes.

3. Dommages esthétiques

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

- 10% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque ce préjudice affecte le visage;
- 5% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque ce préjudice affecte d'autres parties du corps.

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

4. Frais de réadaptation professionnelle

Si, à la suite du même accident, une réadaptation à une autre profession est nécessaire, sur accord préalable, l'assureur prend à sa charge, en plus des prestations mentionnées sous les chiffres 2 et 3, les frais adéquats non couverts par d'autres assurances qui en découlent, mais au maximum CHF 20 000.- par cas. Cette prestation relève de l'assurance de dommages.

Art. 21 Capital en cas de décès

1. Droit aux prestations

Si l'accident a comme conséquence le décès d'un assuré, l'assureur verse le capital décès convenu dans la police sous réserve de l'art. 26, ch. 3 des présentes CGA aux bénéficiaires dans l'ordre suivant:

- a. Le conjoint survivant ou le partenaire enregistré.
- b. A défaut, 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.
- c. A défaut, la personne physique non mariée ou non enregistrée qui n'est pas parente (également de même

sexe), qui entretenait avec le défunt sous le même toit une communauté de vie analogue à celle du mariage ou partenariat enregistré de manière ininterrompue au cours des 5 dernières années précédant le décès.

d. Autres survivants

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

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

e. Absence de survivants

- en l'absence de survivants tels qu'énumérés ci-dessus, l'assureur ne paie que la part des frais d'ensevelissement non couverte par un autre assureur, ceci jusqu'à concurrence du capital en cas de décès, mais au maximum CHF 20 000.–.

2. Cumul des prestations

D'éventuelles prestations en cas d'invalidité déjà payées pour les suites du même accident (cf. art. 20 des présentes CGA), sont déduites des prestations en cas de décès.

3. Faute d'un survivant

Les prestations en espèces dues aux proches ou aux survivants de l'assuré sont réduites ou refusées si ceux-ci ont provoqué la réalisation du risque intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit.

4. Nature

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

Art. 22 Prestations sous forme de rente excédentaire LAA

1. Rente d'invalidité

- a. Si la couverture est convenue dans la police, l'assureur paie une rente d'invalidité de 80% du salaire excédentaire assuré, en cas d'invalidité totale. Si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée proportionnellement.
- b. Les dispositions de la LAA sont en outre applicables pour l'évaluation des prestations, à l'exception de celles concernant la rente complémentaire. Toutefois, le droit à la rente prend fin lorsque l'assuré atteint l'âge de l'AVS.
- c. L'assureur se réserve le droit de racheter les rentes d'invalidité d'un montant mensuel inférieur à CHF 500.–.

2. Rentes de survivants

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

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

b. Les dispositions de la LAA sont en outre applicables pour l'évaluation des prestations, à l'exception de celles concernant la rente complémentaire.

c. L'assureur se réserve le droit de racheter les rentes de survivants d'un montant mensuel inférieur à CHF 500.–.

3. Surindemnisation

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

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

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

4. Faute d'un survivant

Les prestations en espèces dues aux proches ou aux survivants de l'assuré sont réduites ou refusées si ceux-ci ont provoqué la réalisation du risque intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit.

5. Nature

Cette prestation relève de l'assurance de dommages.

Art. 23 Couverture de la réduction opérée par la LAA

1. Si elle a été convenue dans la police, la couverture de la réduction opérée par la LAA prévoit, en plus des prestations garanties par la police, que l'assureur complète les prestations en espèces de l'assurance-accidents LAA lorsque les prestations sont réduites à la suite d'un accident causé par une faute grave, ou en cas d'entreprises téméraires, à l'exception des délits.

2. L'article 24 des présentes CGA demeure réservé.

3. L'assureur a le droit de racheter en tout temps, à leurs valeurs actuelles, les prestations en rentes dues dans le cadre de la couverture de la réduction opérée par la LAA. Les droits de l'assuré découlant de l'accident sont alors entièrement éteints.

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

5. Cette prestation relève de l'assurance de dommages.

Art. 24 Exclusions de prestations

Sont exclus de l'assurance:

- les cas de réticence;
- les cas de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;
- les dommages intentionnels;
- les accidents provoqués non intentionnellement par l'assuré en commettant un délit dans les cas particulièrement graves au sens de la LAA;
- les accidents non professionnels dus à une entreprise téméraire dans les cas particulièrement graves au sens de la LAA;
- les accidents provoqués par l'assuré en commettant un crime;
- les accidents survenus lors de tremblements de terre;
- les suites d'événements de guerre:
 - en Suisse;
 - à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que l'accident survienne dans les 14 jours suivant le début de ces événements;
- les accidents survenus lors du service militaire à l'étranger;
- la participation à des actes de guerre, de terrorisme et de banditisme;
- les dommages dus aux radiations ionisantes de tout genre. Cette exclusion ne vise pas les affections consécutives aux traitements par rayons prescrits sur ordre médical à la suite d'un événement assuré.

Art. 25 Réduction et refus de prestations

L'assureur renonce à réduire ses prestations pour tous les accidents assurés par la police et dus à une faute grave ou des entreprises téméraires au sens de la législation sur l'assurance-accidents LAA sous réserve de l'art. 24 des présentes CGA.

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

- lors d'accidents provoqués en commettant un délit, sont également concernés les accidents consécutifs à la conduite de véhicules automobiles sous l'emprise de l'alcool ou de drogues ou à un excès de vitesse particulièrement important;
- lors de participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que l'assuré ne soit blessé par des protagonistes alors qu'il ne prenait aucune part à ces actions ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
- lors de dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
- lors de participation à des désordres.

Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement:

- si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respecte pas les obligations citées aux articles 34 et 35 des présentes CGA;
- si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction, (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable. Dans ce cas,

- l'assureur se réserve en outre le droit de demander le remboursement des prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;
- si l'assuré refuse de fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations;
 - si l'assuré ne respecte pas le principe de la diminution du dommage, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie;
 - si l'assuré ne procède pas ou pas à temps à une demande de prestations auprès de l'Assurance-Invalidité. Dans ce cas, les indemnités journalières sont suspendues jusqu'au jour du dépôt de la demande.

Durant les périodes de suspension pour non-paiement des primes au sens de l'art 30 ch. 4 des présentes CGA, les sinistres survenus ne sont pas couverts.

Art. 26 Prestations pour les personnes touchant une rente de vieillesse de l'AVS

Dès le versement de la rente de vieillesse de l'AVS, pour les cas en cours à ce moment-là ou ceux survenant après, l'assureur adapte les prestations comme suit:

1. Indemnité journalière

L'indemnité journalière est versée au maximum durant 6 mois.

2. Capital Invalidité

La somme d'assurance est limitée au montant du gain maximum assuré LAA sans progression.

3. Capital Décès

La somme d'assurance est limitée au montant du gain maximum assuré LAA.

Art. 27 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier conformément aux dispositions de la LAA.

Art. 28 Recours contre tiers responsables

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

F. Primes

Art. 29 Calcul de la prime

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

Art. 30 Paiement des primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans la police.
3. Les acomptes de primes exigibles au cours de l'année

civile d'assurance sont considérés comme des montants échelonnés à payer en vertu des délais octroyés. Ils peuvent être adaptés en tout temps à l'évolution de la masse salariale en cours d'année et doivent correspondre à la prime effective présumée.

4. Lorsque la prime ou les acomptes ne sont pas payés dans les délais, l'assureur somme le débiteur de s'en acquitter, avec les frais, dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation et lui rappelle les conséquences de la demeure. Si la prime arriérée majorée des frais n'est pas acquittée dans le délai imparti, les obligations de l'assureur sont suspendues à l'expiration de ce délai. Les sinistres survenus durant la période de suspension ne sont pas couverts.
5. Si l'assureur ne poursuit pas le paiement de la prime arriérée en question et des frais dans les deux mois suivant l'expiration du délai de 14 jours, le contrat est réputé résilié.
6. Si le formulaire de décompte de salaires n'est pas fourni dans les 30 jours dès la demande de l'assureur, ce dernier somme le preneur d'assurance. Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent.

Art. 31 Adaptation des taux de prime

1. L'assureur peut adapter les 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'art. 92, al. 5 LAA; l'adaptation du contrat prend effet à partir de la prochaine année d'assurance. L'assureur informe le preneur d'assurance des nouvelles dispositions du contrat au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année civile. En cas d'augmentation du taux de prime, le preneur d'assurance peut faire valoir un droit de résiliation avant la fin de l'année civile (date de réception par l'assureur).
2. Les taux de prime peuvent être adaptés lors de l'entrée en vigueur de nouvelles circonstances (par exemple modification de l'activité de l'entreprise, fusion, scission, absorption) ou lors de restructuration, pour autant que la masse salariale varie de 10% ou plus. En cas d'augmentation des taux de prime, le preneur d'assurance peut faire valoir un droit de résiliation dans les 30 jours à compter de la communication (date de réception par l'assureur).

Art. 32 Décompte de prime définitif

Le décompte définitif de la prime est établi à la fin de l'exercice qui correspond à l'année civile, sur la base des documents fournis par le preneur d'assurance ou par une taxation d'office conformément à l'art. 34 des présentes CGA.

Art. 33 Participation aux excédents

1. Si la police le prévoit, le preneur d'assurance reçoit une part de l'éventuel excédent de primes.
2. Le décompte est effectué après la fin de la période de décompte, mais seulement après liquidation et indemnisation de tous les sinistres survenus durant cette période

pour autant que les primes pour ladite période soient entièrement payées.

3. Lorsque les sinistres afférents à une période de décompte clôturée sont annoncés ou indemnisés après l'établissement du décompte, un nouveau décompte de participation est établi. L'assureur demande la restitution des excédents versés en trop.
4. Une éventuelle participation aux excédents est versée pour autant que la police d'assurance ait été en vigueur jusqu'à la fin de la période de décompte.

G. Dispositions diverses

Art. 34 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assuré sur ses droits et obligations qui découlent de l'assurance, en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat prend fin.
2. En vertu du devoir d'information (art. 3 LCA), il est également tenu d'informer les personnes assurées sur les éléments essentiels du contrat.
3. Le preneur d'assurance doit aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un employé a été victime d'un accident qui nécessite un traitement médical, provoque une incapacité de travail ou cause le décès de l'assuré.
4. Le preneur d'assurance communique immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité.
5. Lors de la facturation définitive, le preneur d'assurance remet à l'assureur le formulaire de déclaration de salaires et sur demande les décomptes AVS des personnes assurées.
6. Le preneur d'assurance est tenu d'autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter au besoin les livres et les pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS, à défaut de quoi l'assureur se réserve le droit de suspendre ses obligations.
7. Le preneur d'assurance s'engage à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (procurations, certificats médicaux, pièces comptables ou administratives, etc.). L'assureur se réserve le droit de vérifier la vraisemblance du salaire déclaré.
8. Le preneur d'assurance doit informer l'assureur d'une éventuelle aggravation du risque selon les dispositions prévues à l'art. 36 des présentes CGA (p. ex. modification de l'activité de l'entreprise ou de la profession assurée).
9. Le non-respect de ces obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations conformément à l'art. 25 des présentes CGA.
10. Lorsque le manquement aux obligations ne résulte pas d'une faute ou si le preneur d'assurance peut prouver que le manquement n'a aucune influence sur la survenance de l'événement et sur l'étendue des prestations, les sanctions ne s'appliquent pas.

Art. 35 Obligations de l'assuré

1. L'assuré doit aviser sans retard son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Si l'assuré décède des suites de l'accident, cette obligation incombe aux survivants qui ont droit à des prestations.
2. Durant son incapacité de travail, l'assuré doit rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur).
3. L'assuré fournit à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (procurations, certificats médicaux, pièces médicales, décision et/ou décompte d'autres assureurs, etc.). Il avertit aussi immédiatement l'assureur de tout changement de sa situation susceptible d'influencer son droit aux prestations (modification du taux d'incapacité, inscription à l'assurance chômage, droit à des prestations de tiers, etc.).
4. L'assuré délie le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur.
5. L'assuré doit collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteurs de sinistres, gestionnaires, médecins, etc.). Il doit notamment suivre leurs prescriptions, fournir les documents demandés et répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées par l'assureur.
6. L'assuré a l'obligation de déposer une demande de prestations auprès de l'Assurance-Invalidité au plus tard dans les 6 mois qui suivent le début de l'incapacité ou, sur invitation de l'assureur, auprès d'une autre institution sociale.
7. L'assuré a l'obligation de diminuer le dommage, ce qui inclut notamment la collaboration avec les institutions d'assurance sociale (Assurance-Invalidité, assurance-accidents, assurance-militaire, etc.).
8. L'assuré participe, dans les limites de ce qui peut raisonnablement être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
9. Au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité de travail, l'assuré doit consulter un médecin autorisé à son cabinet et suivre ses prescriptions.
10. Lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigations engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.
11. Le non-respect de ces obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations conformément à l'art. 25 des présentes CGA.
12. Lorsque le manquement aux obligations ne résulte pas d'une faute ou si l'assuré peut prouver que le manquement n'a aucune influence sur la survenance de l'événement et sur l'étendue des prestations, les sanctions ne s'appliquent pas.

Art. 36 Modification du risque assuré

Dans la mesure où un fait important (ex.: modification de l'activité 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.

A défaut d'avis, celui-ci n'est plus lié par le contrat pour l'avenir.

Le risque aggravé est couvert dans la mesure où le preneur d'assurance satisfait à son obligation d'avis. L'assureur a toutefois le droit, dans les 14 jours suivant la réception de la communication par le preneur d'assurance, de résilier le contrat. Le cas échéant, l'assurance cesse de déployer ses effets 14 jours après la notification de la résiliation par l'assureur. Une éventuelle surprime est due dès la survenance de l'aggravation.

Art. 37 Cession et mise en gage des prestations

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

Art. 38 Clause courtier

Si le preneur d'assurance mandate un courtier, celui-ci mène les relations d'affaires avec l'assureur. Dans ce cas, les données sont considérées comme arrivées chez le preneur d'assurance lorsqu'elles parviennent au courtier.

Art. 39 Communications

1. Toutes les communications du preneur d'assurance doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indiquées sur les documents officiels de l'assureur, par écrit ou par tout autre moyen mis à disposition par l'assureur permettant d'en établir la preuve par un texte, exception faite des réseaux sociaux.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse postale ou électronique indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance. Ces communications peuvent être transmises par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.

Art. 40 Lieu d'exécution

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

Art. 41 For

En cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.

Art. 42 Protection des données

Données personnelles et sensibles

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

Groupe Mutuel Assurances GMA SA et Groupe Mutuel Services SA sont des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA. Elles sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Par données personnelles, on entend notamment les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles, on entend notamment les informations relatives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres.

Base juridique

Le Groupe Mutuel traite les données personnelles et sensibles des personnes concernées et met en œuvre les traitements sur la base des fondements juridiques suivants: le consentement des personnes concernées, respectivement le consentement exprès pour les données sensibles; les dispositions légales applicables aux activités du Groupe Mutuel (notamment la LPD); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et le preneur d'assurance; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant (au sens de la LPD) du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

Finalités

Les données personnelles et sensibles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect de ses obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économie des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le dédoublement fiscal.

Sécurité

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurances et autres mandataires (par exemple un réassureur), s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires afin de respecter la législation relative à la protection des données. Ces dispositions comprennent notamment les mesures techniques, physiques et organisationnelles nécessaires pour préserver la sécurité des données personnelles et empêcher qu'elles ne soient modifiées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Transfert des données

Les données sont traitées de manière confidentielle et peuvent être communiquées à des tiers (par exemple: intermédiaires d'assurance, réassureurs, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée), y compris à l'étranger. Cette communication intervient sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement des personnes concernées. Le consentement doit être exprès s'il s'agit de données sensibles. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers, ces derniers s'engagent dans le cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux intermédiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en œuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

Durée de conservation

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre le Groupe Mutuel, l'assuré, l'intermédiaire d'assurance ou des tiers l'exigent.

Droits d'accès et de rectification

Les personnes concernées ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante: dataprotection@groupemutuel.ch. De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.