

Chubb Affinity – Professionals Protection

Assurance collective selon la LCA

Version du 01/09/2020

CHUBB®

CHUBB®

Chubb Affinity – Professionals Protection

Assurance collective selon la LCA

Information clients conformément à l’art. 3 de la LCA
et aux Conditions Générales d’Assurance



Version du 01/09/2020

Introduction

Cette assurance collective est destinée à protéger les entreprises et leurs salariés contre les pertes de revenu en cas de décès accidentel, d’invalidité à la suite d’une maladie ou d’un accident et d’incapacité professionnelle.

L’assurance décrite ci-après est une assurance de sommes.

L’assureur est la société Chubb Assurances (Suisse) SA (ci-après : « Chubb »), une société anonyme de droit suisse qui a son siège Bärengasse 32 à 8001 Zürich.

Chubb, en tant qu’assureur, fournit les prestations contractuelles.

Chubb Affinity – Professionals Protection

Assurance collective selon la LCA

Information clients conformément à l'art. 3 de la LCA

Version du 01/09/2020



Chère cliente, cher client,

Vous trouverez ci-joint les principales informations sur votre contrat d'assurance, conformément à l'art. 3 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (loi sur le contrat d'assurance, LCA). Dans un souci de lisibilité, nous n'utilisons que la forme masculine, le féminin étant inclus.

1. Partenaire contractuel

Votre partenaire contractuel est :

Chubb Assurances (Suisse) SA

Bäreneggasse 32

CH-8001 Zürich

La société Chubb Assurances (Suisse) SA (ci-après : « Chubb ») fait partie du Groupe Chubb sous la holding faitière de Chubb Limited dont le siège est à Zürich, et qui est cotée à la Bourse de New York (NYSE). Chubb est en conséquence soumise non seulement aux prescriptions de la Suisse et autres restrictions nationales, mais également à certaines lois et dispositions américaines pouvant lui interdire d'octroyer une couverture d'assurance à certaines personnes physiques ou morales ou d'effectuer des paiements à ces dernières ou encore d'assurer certains types d'activités en rapport avec certains pays tels que l'Iran, la Syrie, la Corée du Nord, le Soudan du Nord et Cuba.

2. Droit applicable, bases du contrat

Le présent contrat d'assurance est régi par le droit suisse. L'offre ou plus exactement la police d'assurance (ci-après « police »), les conditions d'assurance ainsi que les lois applicables, notamment la Loi fédérale suisse sur le contrat d'assurance (LCA), constituent les bases du contrat. Après acceptation de l'offre, une police est notifiée au preneur d'assurance.

3. Risques assurés et étendue de la couverture d'assurance

Les risques assurés et l'étendue de la couverture d'assurance ressortent de la police et des conditions d'assurance (Conditions Générales d'Assurance de l'assurance Chubb Affinity – Professional Protection, Assurance collective selon la LCA).

Veillez observer les principales exclusions de la couverture d'assurance suivantes (liste non exhaustive) :

- dommages consécutifs à des maladies mentales, à des troubles psychiques et névrotiques ou à des dépressions ;
- dommages consécutifs à un état d'ivresse (taux d'alcoolémie de plus de 0,8 ‰) ou à la consommation de médicaments non prescrits ou de stupéfiants ;
- dommages consécutifs à une grossesse, à un accouchement et à leurs complications ;

- participation à des compétitions sportives en tant que sportif professionnel ou amateur reconnu par la fédération sportive correspondante.
- accidents de la personne assurée lors de la pratique de sports dangereux tels que p. ex. le base-jumping, les combats full-contact (comme les combats de boxe), le karaté extrême (consistant à briser des briques, des tuiles ou des planches épaisses avec le tranchant de la main, la tête ou le pied), les compétitions de descente en VTT, les descentes en planche à roulettes (dès lors qu'il s'agit d'une compétition ou d'une course de vitesse), les tentatives de record de ski de vitesse, le speed flying, la plongée à une profondeur de plus de 40 mètres, l'hydrospeed / le riverboogie (descente de rivière à plat ventre sur un flotteur) et les autres activités présentant un risque comparable ;
- les accidents de la personne assurée
- comme pilote d'aéronef (y compris comme pilote d'appareils de sport aérien) dès lors que selon le droit suisse, la personne requiert une permission à cet effet, et comme autre membre de l'équipage d'une aéronef ;
- les accidents lors de vols en dehors du transport pur de passagers. Entrent dans cette catégorie les vols effectués dans l'exercice d'activités professionnelles dans les airs comme p. ex. la photographie, l'arpentage aérien, les opérations de recherche et de sauvetage, la production télévisuelle et cinématographique, les vols d'entraînement, les transports médicaux, les vols à destination de plates-formes de forage, les survols de terres agricoles, la construction et les observations/patrouilles ;
- lors de l'utilisation de vaisseaux spatiaux.

Veillez observer également que les sinistres consécutifs à une maladie survenant dans les 3 premiers mois qui suivent la conclusion du contrat sont exclus (délai de carence).

4. Montant de la prime

Le montant de la prime dépend des risques assurés dans le contrat d'assurance et de l'étendue souhaitée de la couverture d'assurance. Vous trouverez toutes les informations sur la prime et sur les redevances éventuelles dans la police.

5. Droit au remboursement de la prime

Si le contrat est résilié avant expiration d'une durée d'assurance fixe convenue par les parties, Chubb a obligation de rembourser la part de la prime correspondant à la période d'assurance non courue.

6. Devoirs du preneur d'assurance

Devoir précontractuel d'information

Tous faits connus, importants pour l'évaluation du risque, doivent être communiqués intégralement et fidèlement à Chubb à la conclusion du contrat. Sont notamment importants pour l'évaluation du risque les faits visés par les questions de Chubb.

Modification du risque

Si, au cours de la durée du contrat, un fait important pour l'évaluation du risque dont les parties avaient déterminé l'étendue à la conclusion du contrat subit une modification, le preneur d'assurance est tenu de le déclarer immédiatement par écrit à Chubb.

Établissement des faits

Lors d'investigations relatives au contrat d'assurance, concernant par exemple l'examen des prestations d'assurance, les aggravations du risque ou les réticences, le preneur d'assurance est tenu d'apporter son concours et de mettre à la disposition de Chubb tous les renseignements et documents pertinents, de les réclamer à des tiers à l'intention de Chubb et, si nécessaire, d'autoriser par écrit les tiers à remettre les informations correspondantes, documents etc. à Chubb. Chubb est de plus en droit de procéder lui-même à des investigations sur les faits.

Devoir de déclaration en cas de sinistre

Après la survenance d'un événement dont les conséquences peuvent concerner l'assurance, le preneur d'assurance est tenu de déclarer l'événement à Chubb par écrit dans les plus brefs délais.

Cette liste ne comprend que les devoirs les plus courants. D'autres obligations ressortent des conditions contractuelles et des dispositions légales de la LCA.

7. Durée et terminaison du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance débute à la date indiquée dans la police. Si une attestation d'assurance ou une couverture provisoire a été délivrée, Chubb octroie la couverture d'assurance jusqu'à la notification de la police, à hauteur de la couverture octroyée par écrit, respectivement conformément aux dispositions légales. Le contrat d'assurance est conclu pour la durée indiquée dans la police. Les contrats d'assurance souscrits pour une durée déterminée sans clause de reconduction prennent automatiquement fin à la date consignée dans la police.

Le preneur d'assurance peut dans ce cas mettre fin au contrat d'assurance par résiliation :

- au plus tard 3 mois avant expiration du contrat ou, si convenu, 3 mois avant expiration de l'année d'assurance. La résiliation est effectuée dans les délais voulus si elle parvient à Chubb au plus tard le dernier jour précédant le délai de trois mois. Si le contrat n'est pas résilié, il se prolonge à chaque fois tacitement d'un an sur la base de la clause de reconduction convenue ;
- après tout sinistre pour lequel une prestation est due, au plus tard 14 jours après connaissance du versement effectué par Chubb ;
- si Chubb modifie les primes d'assurance ; la résiliation doit dans ce cas parvenir à Chubb le dernier jour de l'année d'assurance ; la modification de la prime est sinon considérée comme acceptée ;
- si Chubb devait avoir violé le devoir légal d'information tel que défini à l'art. 3 de la LCA, sachant que la résiliation doit être effectuée au plus tard 4 semaines après prise de connaissance de la violation, mais en tout état de cause, après expiration d'un an à compter de la violation du devoir.

CHUBB®

Chubb peut mettre fin au contrat par résiliation et le contrat prend fin :

- au plus tard 3 mois avant expiration du contrat ou, si convenu, 3 mois avant expiration de l'année d'assurance. La résiliation est effectuée dans les délais voulus si elle parvient au preneur d'assurance, ou au courtier en assurances mandaté par ce dernier, au plus tard le dernier jour précédant le délai de trois mois. Si le contrat n'est pas résilié par Chubb, il se prolonge à chaque fois tacitement d'un an ;
- si des faits importants pour l'évaluation du risque ont été tus par le preneur d'assurance à la conclusion de l'assurance ou qu'ils ont été notifiés à Chubb de manière erronée ; le droit de résiliation de Chubb expire 4 semaines après prise de connaissance de la violation de l'obligation de déclaration.
- si le preneur d'assurance est en retard dans le paiement de la prime, qu'il a été sommé de payer et que Chubb a renoncé à réclamer la prime ;
- si le preneur d'assurance ne respecte pas son devoir de collaborer à l'établissement des faits ; dans ce cas, Chubb est en droit de dénoncer rétroactivement le contrat d'assurance dans l'espace de 2 semaines, après expiration d'un délai supplémentaire de quatre semaines devant être fixé par écrit ;
- si le preneur d'assurance signale dans les plus brefs délais la survenance d'une aggravation du risque. Le droit de dénonciation expire si Chubb ne dénonce pas le contrat dans un délai de 14 jours à compter de la réception de l'information. Si le preneur d'assurance omet de signaler une aggravation du risque dans les délais voulus, Chubb n'est plus liée par le contrat.
- en cas de fraude à l'assurance.

La liste des possibilités de terminaison du contrat n'est pas définitive. D'autres possibilités de terminaison ressortent des conditions contractuelles et des dispositions légales de la LCA.

8. Traitement des données

Chubb traite les données qui ressortent des documents contractuels ou de l'exécution du contrat et les utilise notamment pour la détermination de la prime, pour l'appréciation du risque, pour le traitement de sinistres, pour les évaluations statistiques ainsi qu'à des fins de marketing.

Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. Dans la mesure nécessaire, Chubb peut transmettre ces données pour traitement aux tiers impliqués dans l'exécution du contrat en Suisse et à l'étranger, et notamment aux co-assureurs et réassureurs ainsi qu'aux sociétés suisses ou étrangères du Groupe Chubb placées sous la holding faitière de Chubb. Chubb

peut par ailleurs requérir tous renseignements pertinents auprès d'administrations publiques et d'autres tiers, concernant notamment l'évolution du sinistre. Ceci vaut indépendamment de la conclusion du contrat. Le preneur d'assurance a le droit de demander à Chubb les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données qui le concernent.

CHUBB®

Chubb Affinity – Professionals Protection

Assurance collective selon la LCA

Conditions Générales d'Assurance (CGA)

Version du 01/01/2019



Sommaire

1. Partenaire contractuel	2
2. Droit applicable, bases du contrat	2
3. Risques assurés et étendue de la couverture d'assurance	2
4. Montant de la prime	3
5. Droit au remboursement de la prime	3
6. Devoirs du preneur d'assurance	3
7. Durée et terminaison du contrat d'assurance	4
8. Traitement des données	4
1. Conclusion de l'assurance et parties concernées	7
2. Quelles sont les bases contractuelles ?	7
3. Où l'assurance est-elle valable ?	7
4. Définitions générales	7
5. Qui est assuré ?	8
6. Quel est le montant du capital assuré ?	8
7. Quand l'assurance débute-t-elle et quand prend-elle fin ?	8
8. Quels sont les délais de carence à observer ?	9
9. Quelles restrictions ou exclusions de la couverture d'assurance sont applicables ?	9
10. Quelles obligations dois-je respecter ?	10
11. Quelles prestations sont fournies ?	10
12. Comment les types de prestations sont-ils coordonnés entre eux ?	12
13. Quelles règles s'appliquent aux rapports médicaux et expertises médicales ?	13
14. Conditions préalables aux prestations	13
15. Quand les prestations sont-elles exigibles et à qui sont-elles payées ?	14
16. À quoi dois-je veiller concernant la prime ?	14
17. Qu'en est-il en cas de modifications des contrats ou des primes ?	14
18. Quand les droits issus du contrat se prescrivent-ils ?	15
19. Quel tribunal est compétent ?	15
20. Mandat donné à un tiers	15
21. À quoi faut-il veiller en cas de litige ?	15
22. À qui adresser les notifications ?	15
23. Qui est votre assureur ?	15

Étendue de l'assurance

1. Conclusion de l'assurance et parties concernées

L'assurance collective de Chubb Assurances (Suisse) SA, ci-après « l'assureur », offre une couverture d'assurance (si convenu) en cas de :

- décès accidentel ;
- invalidité consécutive à une maladie et/ou à un accident ;
- incapacité professionnelle.

2. Quelles sont les bases contractuelles ?

Les bases contractuelles sont :

- la police et les éventuels avenants,
- la demande d'assurance et les explications du preneur d'assurance ou de la personne assurée figurant dans la déclaration de santé ;
- les présentes Conditions Générales d'Assurance (CGA), y compris les éventuelles Conditions Particulières (CP) ;
- le droit suisse, notamment les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (loi sur le contrat d'assurance, LCA) et les dispositions du Code des obligations suisse (CO) ;
- des accords particuliers, si consignés par écrit dans la police.

3. Où l'assurance est-elle valable ?

- 3.1 L'assurance est valable dans le monde entier, sous réserve des exceptions ci-après.
- 3.2 Elle expire toutefois à la prochaine échéance de la prime si l'une des personnes assurées transfère son domicile civil à l'étranger.
- 3.3 Règlement relatif aux travailleurs frontaliers**
Cette restriction en matière de prestations (point 3.2) ne s'applique pas aux personnes assurées disposant d'une « autorisation frontalière CE/AELE » valable dans toute la Suisse (ressortissants des pays membres de l'UE15/AELE et de Malte et Chypre) tant qu'elles ont leur domicile dans la zone frontalière étrangère et qu'elles séjournent dans cette zone.

Sont réputées zones frontalières les régions définies dans les accords relatifs aux travailleurs frontaliers conclus entre la Suisse et ses pays voisins.

4. Définitions générales

- 4.1 Une maladie est toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique – indépendante de la volonté de la personne assurée –

qui n'est pas due à un accident et qui nécessite un examen ou un traitement médical ou entraîne une incapacité de travail.

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont considérées comme maladies.

- 4.2 On entend par accident toute atteinte dommageable soudaine portée sur le corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort.

On entend également par accident

- la luxation d'une articulation ou
 - o la luxation d'une articulation ou
 - o un claquage ou une déchirure des muscles, des tendons, des ligaments ou des capsules articulaires
- à la suite d'un effort accru soudain des membres ou de la colonne vertébrale ;
- la mort par noyade ou étouffement sous l'eau et les atteintes à la santé caractéristiques de la plongée (maladie de décompression, barotraumatismes) sans que l'on puisse constater un accident.

Les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles telles que définies dans l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) sont assimilées à des accidents.

- 4.3 Une incapacité de travail est l'incapacité totale ou partielle due à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique d'exercer une activité acceptable dans son ancien métier ou domaine de compétences. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité acceptable dans un autre métier ou domaine de compétences est également prise en compte.
- 4.4 Une invalidité est une incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée consécutive à un accident/une maladie.
- 4.5 Une incapacité professionnelle (perte de profession) est l'incapacité totale, durable et définitive, d'exercer son métier actuel ou l'activité particulière désignée dans la police à la suite d'un accident/d'une maladie.
- 4.6 Est réputé médecin tout titulaire d'un diplôme suisse ou détenteur d'un certificat de capacité étranger équivalent et autorisé à exercer la profession en Suisse.
- 4.7 Les entreprises téméraires sont des actes par lesquels les personnes assurées s'exposent à des dangers particulièrement grands sans prendre ou pouvoir prendre les mesures limitant le risque à une dimension raisonnable. Les actes de sauvetage en faveur de personnes sont cependant assurés, même s'ils doivent être considérés en soi comme des entreprises téméraires.

4.8 Sont considérés comme pays étrangers tous les territoires hors de la Suisse.

5. Qui est assuré ?

- 5.1 Le preneur d'assurance est la personne physique ou morale indiquée dans la police.
- 5.2 Sont considérés comme entreprise assurée le preneur d'assurance et les sociétés du groupe indiquées dans la police.
- 5.3 Les personnes assurées sont les personnes ci-après.
- 5.3.1 Les salariés sont assurés dès lors qu'
- ils sont mentionnés nommément dans la police
 - ils sont soumis à l'AVS suisse ou qu'ils y seraient soumis s'ils avaient l'âge correspondant et qu'ils n'ont pas encore atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS.
- 5.3.2 Les indépendants et les propriétaires d'entreprise sont assurés s'ils sont indiqués nommément dans la police et qu'ils n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans révolus.
- 5.4 Ne peuvent pas être assurés :
- 5.4.1 les effectifs prêtés à l'entreprise assurée par des entreprises tierces ;
- 5.4.2 les personnes qui travaillent sous mandat pour l'entreprise assurée ;
- 5.4.3 les personnes qui ont atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS à la date de leur prise de fonction, respectivement du début de l'assurance ;
- 5.4.4 les membres de l'administration et des organes de direction qui n'exercent pas simultanément une activité salariée dans l'entreprise assurée.

6. Quel est le montant du capital assuré ?

- 6.1 Pour les salariés, le salaire annuel indiqué dans la police est assuré au titre de prestation en capital unique. Ce salaire ne doit pas dépasser le salaire effectif soumis à l'AVS lors du dépôt de la demande.
- 6.2 Pour les indépendants et les propriétaires d'entreprise, est assuré au maximum le revenu d'une activité lucrative indiqué dans la police.
- 6.3 L'assurance est réputée assurance de sommes.

7. Quand l'assurance débute-t-elle et quand prend-elle fin ?

Début de l'assurance

- 7.1 L'assurance débute à la date indiquée dans la police ou dans la confirmation écrite de l'assureur relative à la demande d'assurance.
- 7.2 Le contrat se prolonge tacitement d'un an à la date d'expiration indiquée dans la police et après

chaque année d'assurance suivante, dès lors qu'il n'est pas résilié dans les délais.

- 7.3 Pour chaque assuré, l'admission dans l'assurance doit faire l'objet d'une demande individuelle et être acceptée par l'assureur.
- 7.4 Les personnes qui doivent être assurées selon une convention particulière doivent déposer une demande. Pour évaluer le risque, l'assureur peut prendre des renseignements médicaux ou demander un examen médical. La couverture d'assurance débute avec la déclaration écrite d'acceptation de l'assureur.

Fin de l'assurance

- 7.5 La couverture d'assurance expire pour toutes les personnes assurées à la fin du présent contrat d'assurance collective.

Le contrat d'assurance collective prend fin :

- par résiliation,
- à l'ouverture de la faillite du preneur d'assurance,
- en cas de transfert du siège social ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger,
- à la cessation de l'exploitation ou au changement de propriétaire.

- 7.6 La couverture d'assurance expire pour chaque personne assurée
- lorsqu'elle quitte le cercle des personnes assurées ou qu'elle cesse ses fonctions auprès du preneur d'assurance ;
 - lorsqu'elle atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS ou l'âge de 65 ans révolus (60 ans pour le risque d'incapacité professionnelle à la suite d'un accident/d'une maladie) ;
 - avec le décès de la personne assurée ou
 - avec le transfert de son domicile à l'étranger. sont exclus de cette restriction les travailleurs frontaliers tels que définis au point 3.3
 - à la cessation de l'activité professionnelle ou à l'expiration du permis de séjour autorisant l'activité professionnelle.

Résiliation du contrat

- 7.7 Le contrat peut être résilié par le preneur d'assurance ou par l'assureur pour la première fois à la date d'expiration indiquée dans la police et ultérieurement, pour la fin de l'année d'assurance. La résiliation doit revêtir la forme écrite et être parvenue à l'assureur ou au preneur d'assurance au minimum trois mois à l'avance. L'année d'assurance commence à la date de renouvellement indiquée dans la police.
- 7.8 Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat si l'assureur paie une indemnité pour un sinistre. La

résiliation doit revêtir la forme écrite et parvenir à l'assureur au plus tard 14 jours après connaissance du dernier versement relatif au sinistre. Le contrat expire à réception de cette notification par l'assureur. L'assureur renonce à ce droit de résiliation.

- 7.9 Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat si l'assureur modifie les primes d'assurance (point 17.1) ;
- 7.10 En cas de tentative de fraude ou de fraude avérée à l'assurance, de faux en écriture ou si une réticence a été commise lors de la conclusion du contrat, l'assureur peut résilier le contrat à tout moment.

8. Quels sont les délais de carence à observer ?

- 8.1 La couverture d'assurance prend effet après expiration d'un délai de carence de 3 mois à compter de la date de début indiquée dans la police.
- 8.2 Ce délai de carence est supprimé en cas d'accident ou de maladie infectieuse aiguë à condition que l'infection et la première constatation médicale n'aient eu lieu qu'après l'entrée en vigueur du présent contrat.
- 8.3 Dans le cas d'un contrat en cours, le délai de carence s'applique :
 - aux personnes nouvellement assurées.
 - à toute extension ou augmentation de la couverture d'assurance si demandées par le preneur d'assurance ou la personne assurée pour la partie augmentée/étendue de la couverture d'assurance.
- 8.4 La couverture est inexistante si la première constatation médicale de la maladie a lieu pendant le délai de carence.
- 8.5 L'assureur peut renoncer à l'application d'un délai de carence par convention spéciale dans la police.

9. Quelles restrictions ou exclusions de la couverture d'assurance sont applicables ?

Exclusions générales

Aucune prestation d'assurance n'est fournie pour les maladies, les accidents et leurs conséquences :

- 9.1 (seulement si les accidents ne sont pas également couverts)
maladies professionnelles et lésions corporelles assimilées à un accident qui sont prises en charge par l'assurance-accidents obligatoire (OLAA), par l'assurance-accidents complémentaire du présent contrat ou par une autre assurance-accidents privée ;
- 9.2 accidents survenus et maladies constatées médicalement avant la prise d'effet de la couverture d'assurance s'ils ont été indiqués à la conclusion du contrat et qu'ils ne sont

pas explicitement exclus dans la police.

- 9.3 entreprises téméraires ;
- 9.4 atteintes à la santé consécutives aux effets de rayonnements ionisants et dommages résultant de l'énergie nucléaire, à l'exception des lésions causées par des traitements médicaux ;
- 9.5 sinistres consécutifs à
 - 9.5.1 des maladies mentales, des troubles psychiques et névrotiques ou des dépressions ;
 - 9.5.2 un état d'ivresse (taux d'alcoolémie de plus de 0,8 ‰) ou à la consommation de médicaments non prescrits ou de stupéfiants ;
 - 9.5.3 une grossesse, un accouchement et leurs complications ;
 - 9.5.4 une opération non indiquée médicalement
 - 9.5.5 des traitements pour maigrir ou rajeunir ;
 - 9.5.6 des mesures de rééducation si elles ne servent ni à la rééducation fonctionnelle, ni à la rééducation motrice
 - 9.5.7 des blessures que la personne assurée s'inflige volontairement, telles que suicide et automutilation ou tentative de suicide ou d'automutilation, y compris en état d'incapacité de discernement
- 9.6 accidents lors de la perpétration intentionnelle ou de la tentative de perpétration de crimes et/ou de délits ;
- 9.7 frais de toute nature liés au sinistre (p. ex. frais médicaux)
- 9.8 conséquences d'événements guerriers
 - 9.8.1 en Suisse ;
 - 9.8.2 à l'étranger, sauf si les personnes assurées tombent malades ou sont victimes d'un accident dans les 14 jours qui suivent le début de ces événements dans le pays où elles séjournent et qu'elles ont été surprises par le déclenchement des hostilités.
- 9.9 en cas de participation à des actes de terrorisme et des événements guerriers ;
- 9.10 pendant le service militaire ;
- 9.11 en cas de participation à des rixes et des bagarres, à l'exception des cas de légitime défense ou dans l'exercice d'obligations professionnelles, ou s'il s'agissait de porter secours à une personne en danger ;
- 9.12 à la suite de troubles de toute nature (actes de violence contre des personnes ou des choses perpétrés lors d'attroupements, de désordres ou d'émeutes) et de mesures prises pour y faire face, à moins que la personne assurée ne prouve de manière crédible qu'elle n'était pas activement aux côtés des auteurs de troubles ou

qu'elle n'a pas participé à ces derniers en tant qu'instigatrice ;

- 9.13 à la suite d'un tremblement de terre en Suisse et dans la principauté de Liechtenstein ;
- 9.14 les accidents lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur (y compris bateaux à moteur) de quelque type que ce soit, de même que lors de l'entraînement à ces courses ;
- 9.15 consécutifs à la conduite de véhicules sans permis de conduire correspondant ;
- 9.16 participation à des compétitions sportives en tant que sportif professionnel ou amateur reconnu par la fédération sportive correspondante.
- 9.17 accidents de la personne assurée lors de la pratique de sports dangereux tels que p. ex. le base-jumping, les combats full-contact (comme les combats de boxe), le karaté extrême (consistant à briser des briques, des tuiles ou des planches épaisses avec le tranchant de la main, la tête ou le pied), les compétitions de descente en VTT, les descentes en planche à roulettes (dès lors qu'il s'agit d'une compétition ou d'une course de vitesse), les tentatives de record de ski de vitesse, le speed flying, la plongée à une profondeur de plus de 40 mètres, l'hydrospeed / le riverboogie (descente de rivière à plat ventre sur un flotteur) et les autres activités présentant un risque comparable ;
- 9.18 les accidents de la personne assurée
 - comme pilote d'aéronef (y compris comme pilote d'appareils de sport aérien) dès lors que selon le droit suisse, la personne requiert une permission à cet effet, et comme autre membre de l'équipage d'une aéronef ;
 - accidents lors de vols en dehors du transport pur de passagers. Entrent dans cette catégorie les vols effectués dans l'exercice d'activités professionnelles dans les airs telles que la photographie, l'arpentage aérien, les opérations de recherche et de sauvetage, la production télévisuelle et cinématographique, les vols d'entraînement, les transports médicaux, les vols à destination de plates-formes de forage, les survols de terres agricoles, la construction et les observations/patrouilles ;
 - lors de l'utilisation de vaisseaux spatiaux.

10. Quelles obligations dois-je respecter ?

- 10.1 Le preneur d'assurance ou la personne assurée doivent apporter leur concours lors d'investigations relatives au contrat d'assurance, concernant p. ex. les réticences, les augmentations du risque, l'examen des prestations etc., et donner à l'assureur tous les renseignements et documents pertinents, les réclamer à des tiers à l'intention de l'assureur et autoriser par écrit les tiers à remettre les informations, documents correspondants etc. à

l'assureur. L'assureur est de plus en droit de procéder lui-même à des investigations.

10.2 À la conclusion du contrat

Les conditions de la couverture d'assurance et les tarifs sont fixés conformément aux données fournies par le preneur d'assurance et/ou la personne assurée. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée doivent indiquer tous les faits importants pour l'évaluation du risque connus de lui/d'elle ou qui doivent l'être et que l'assureur a demandés par écrit.

10.3 Pendant la durée du contrat

Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée doivent informer par écrit l'assureur ou son représentant des principales augmentations du risque dans les plus brefs délais. Parmi les principales augmentations du risque figurent notamment celles qui créent une situation à laquelle les données fournies à la conclusion du contrat ne correspondent plus.

Si la personne qui a obligation de déclarer ne se conforme pas à cette obligation, l'assureur est en droit, après un délai supplémentaire de 4 semaines devant être fixé par écrit, de dénoncer rétroactivement le contrat d'assurance sous 2 semaines après expiration du délai supplémentaire.

10.4 En cas de sinistre

En cas de sinistre, d'autres obligations sont applicables, conformément aux points 14.8 et suivants.

10.5 Cercle des parties tenues

Les obligations du preneur d'assurance sont également valables par analogie – y compris là où ils ne sont pas cités nommément – pour la personne assurée (p. ex. obligation de déclarer et de renseigner envers l'assureur), l'ayant droit et leur représentant dès lors qu'ils ne sont pas identiques au preneur d'assurance.

10.6 Violation des obligations

Les prestations d'assurance sont temporairement ou durablement réduites ou, dans les cas graves, refusées si la personne assurée viole de manière non excusable les obligations ou devoirs contractuels ou légaux.

Si une personne assurée se soustrait ou s'oppose à un examen ordonné par l'assureur, à un traitement raisonnable ou à une insertion dans la vie professionnelle promettant une amélioration significative de la capacité de gain ou une nouvelle perspective d'emploi, ou si elle n'y contribue pas raisonnablement de son propre chef, les prestations peuvent être temporairement ou durablement réduites, voire refusées.

11. Quelles prestations sont fournies ?

11.1 Décès accidentel

- 11.1.1 Si une personne assurée décède des suites d'un accident dans un délai d'un an à compter de la date de l'accident, l'assureur paie le montant assuré à l'ayant droit défini ci-après.

- 11.1.2 Sauf disposition contraire de la personne assurée envers l'assureur par déclaration écrite, les personnes suivantes sont réputées successivement ayants droit, à l'exclusion du groupe suivant respectif :
- le conjoint survivant ou le partenaire enregistré ;
 - le partenaire survivant qui a été déclaré sans interruption au même domicile que la personne assurée au cours des cinq dernières années ayant précédé le décès et qui a formé avec celle-ci une communauté de vie assimilable au mariage ;
 - les enfants ;
 - les parents ;
 - les grands-parents ;
 - les frères et sœurs et, s'ils décèdent antérieurement, leurs enfants.

Montant de la prestation

11.1.3 La prestation décès est payée à hauteur du montant d'assurance convenu.

11.2 Prestation en capital pour invalidité à la suite d'une maladie

11.2.1 Si une maladie provoque une invalidité présumée définitive (atteinte durable aux capacités physiques ou mentales) dans un délai de 2 ans à compter de la date de la maladie, l'assureur fournit la prestation définie ci-après.

Montant de la prestation

- 11.2.2 Le montant de la prestation en capital pour invalidité dépend du degré d'invalidité, du coefficient de prestation (cf. point 11.2.10) et du montant d'assurance convenu.
- 11.2.3 Les degrés d'invalidité jusqu'à 33% ne donnent droit à aucune prestation.
- 11.2.4 La prestation en capital pour invalidité se calcule en multipliant le coefficient de prestation par le montant d'assurance convenu.

Bases du calcul du degré d'invalidité

11.2.5 En cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle totale des parties du corps et des organes des sens mentionnés ci-après, sont exclusivement appliqués les degrés d'invalidité attestés par une expertise médicale conformément au barème d'incapacité permanente figurant en Annexe 1.

En cas de perte partielle ou d'incapacité fonctionnelle partielle, est appliquée la part correspondante du pourcentage respectif.

11.2.6 Si le degré d'invalidité ne peut être déterminé d'après le barème d'invalidité permanente, il est fixé en fonction de l'atteinte à la santé physique ou mentale durable, en se référant au barème d'incapacité permanente

figurant en Annexe 1. Il convient pour ce faire de prendre en compte des considérations d'ordre exclusivement médical.

11.2.7 Si les parties du corps ou les organes des sens ou leurs fonctions atteints par la maladie étaient antérieurement déjà partiellement perdus ou invalides, le degré d'invalidité préexistant, déterminé selon les principes ci-dessus, est déduit lors de la détermination du degré d'invalidité.

11.2.8 Si plusieurs parties du corps ou organes des sens sont atteints à la suite de l'accident, les degrés d'invalidité calculés d'après les dispositions ci-dessus sont additionnés. La prise en compte n'excède toutefois pas le taux de 100%.

11.2.9 Le degré d'invalidité est déterminé dans un premier temps en fonction de l'état de la personne assurée présumé durable, mais au plus tard 2 ans après le début de la maladie.

Coefficient de prestation

11.2.10 Le degré d'invalidité dû à la maladie donne le coefficient de prestation selon le tableau ci-après.

Degré d'invalidité	Coefficient de prestation	Degré d'invalidité	Coefficient de prestation
jusqu'à 33%	0%	50%	52%
34%	3%	51%	55%
35%	6%	52%	58%
36%	9%	53%	61%
37%	12%	54%	64%
38%	15%	55%	67%
39%	18%	56%	70%
40%	21%	57%	73%
41%	24%	58%	76%
42%	27%	59%	79%
43%	30%	60%	82%
44%	33%	61%	85%
45%	36%	62%	88%
46%	39%	63%	91%
47%	42%	64%	94%
48%	45%	65%	97%
49%	48%	à partir de 66%	100%

11.3 Prestation capital invalidité à la suite d'un accident

11.3.1 Si un accident provoque une invalidité présumée définitive (atteinte durable aux capacités physiques ou mentales) dans un délai de 2 ans à compter de la date de l'accident, l'assureur fournit la prestation définie ci-après.

Montant de la prestation

11.3.2 Le montant de la prestation en capital pour invalidité dépend du degré d'invalidité et du montant d'assurance convenu.

Bases du calcul du degré d'invalidité

11.3.3 En cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle totale des parties du corps et des organes des sens mentionnés ci-après, sont exclusivement appliqués les degrés d'invalidité attestés par une expertise médicale conformément au barème d'incapacité permanente figurant en Annexe 1.

En cas de perte partielle ou d'incapacité fonctionnelle partielle, nous appliquons la part correspondante du pourcentage respectif.

11.3.4 Le métier ou l'activité de la personne assurée et la perte de revenu réelle ne sont pas pris en compte dans le calcul du degré d'invalidité.

11.3.5 Si le degré d'invalidité ne peut pas être déterminé d'après le barème d'invalidité permanente figurant en Annexe 1, il est fixé en fonction de l'atteinte à la santé physique ou mentale durable, en se référant au barème d'incapacité permanente figurant en Annexe 1. Sont exclusivement pris en compte les aspects médicaux.

11.3.6 Si les parties du corps ou les organes des sens ou leurs fonctions atteints par l'accident étaient antérieurement déjà partiellement perdus ou invalides, le degré d'invalidité préexistant, déterminé selon les principes ci-dessus, est déduit lors de la détermination du degré d'invalidité.

11.3.7 Si plusieurs parties du corps ou organes des sens sont atteints à la suite de l'accident, les degrés d'invalidité calculés d'après les dispositions ci-dessus sont additionnés. La prise en compte n'excède toutefois pas le taux de 100%.

11.3.8 Sans l'existence de lésions médicalement constatées, les séquelles d'un traumatisme crânien ou cérébral justifient un degré d'invalidité de 5 % maximum.

11.3.9 Le degré d'invalidité est déterminé dans un premier temps en fonction de l'état de santé de la personne assurée présumé durable, mais au plus tard deux ans après l'accident.

11.3.10 Si la personne assurée décède d'une cause étrangère à l'accident dans un délai d'un an après l'accident et qu'elle avait droit à une prestation d'invalidité, l'assureur fournit la prestation selon le degré d'invalidité qui aurait été escompté d'après les diagnostics médicaux.

11.4 Prestation en capital pour incapacité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident (perte de profession)

11.4.1 Si la personne assurée est totalement et durablement en situation d'incapacité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie ou qu'elle ne peut plus exercer les activités particulières citées dans la police, l'assureur fournit la prestation définie ci-après.

11.4.2 Il est nécessaire qu'à la date de survenance du sinistre, la personne assurée exerce ce métier ou l'activité particulière citée dans la police comme activité lucrative principale. Est réputée activité lucrative principale toute activité dont la personne assurée retire au minimum 75 % de son revenu professionnel.

Montant de la prestation

11.4.3 Le montant de la prestation en capital pour incapacité professionnelle correspond au montant d'assurance convenu.

11.4.4 La prestation en capital pour invalidité professionnelle n'est payée qu'en cas d'incapacité professionnelle totale. Une incapacité professionnelle partielle ne donne droit à aucune prestation.

Bases de la détermination de l'incapacité professionnelle (perte de profession)

11.4.5 L'incapacité totale, durable et définitive d'exercer son métier ou l'activité particulière désignée dans la police est constatée par une expertise médicale (l'expert peut s'adjoindre à cet effet le concours d'un spécialiste du secteur professionnel de la personne assurée).

11.4.6 La constatation est effectuée après conclusion de la phase de consolidation, au plus tard 2 ans après le début de l'incapacité professionnelle. L'incapacité fonctionnelle de fait d'exercer l'activité professionnelle principale ou l'activité particulière assurée, les conditions d'exercice normales et les possibilités de réinsertion et de réadaptation à l'activité professionnelle principale ou à l'activité particulière assurée doivent être prises en compte dans l'évaluation.

12. Comment les types de prestations sont-ils coordonnés entre eux ?

12.1 Les types de prestations tels que définis aux points 11.1-11.4 ne sont pas cumulables. Il n'est fourni qu'un seul type de prestation par sinistre.

Restrictions :

12.2 S'il y a simultanément invalidité et incapacité professionnelle, c'est la plus élevée des deux prestations d'assurance qui est payée.

Si la prestation d'assurance moins élevée a été versée dans un premier temps (p. ex. prestation en capital pour incapacité professionnelle) et qu'ultérieurement,

la personne a droit à une prestation d'assurance plus élevée (p. ex. prestation en capital pour invalidité), seule la différence est versée.

Si la prestation en capital pour invalidité ou la prestation en capital pour incapacité professionnelle ont été versées à la personne assurée à la suite d'un accident et que celle-ci décède des suites de l'accident dans un délai de deux ans après l'accident, l'assureur paie uniquement la différence entre la prestation en capital versée et la prestation en capital prévue en cas de décès (si celle-ci est supérieure) à l'ayant droit.

13. Quelles règles s'appliquent aux rapports médicaux et expertises médicales ?

- 13.1 Les rapports médicaux et les expertises médicales doivent être établis par un médecin établi et agréé en Suisse.
- 13.2 La constatation des conséquences médicales de maladies ou d'accidents est effectuée par un médecin désigné par l'assureur ou son représentant.
- 13.3 Dans tous les cas où les conditions d'assurance prévoient que les prestations d'assurance sont définies selon le barème d'incapacité permanente, les principes suivants s'appliquent :
- Les atteintes à la santé constatées médicalement doivent être directement et exclusivement la conséquence d'un accident ou d'une maladie.
 - Une atteinte à caractère esthétique n'est en aucun cas considérée comme une invalidité durable.
 - Si des maladies ou des infirmités ont contribué à l'atteinte à la santé causée par l'accident ou à ses conséquences,
 - le pourcentage du degré d'invalidité est diminué en cas d'invalidité,
 - le pourcentage de l'incapacité professionnelle est diminué en cas d'incapacité professionnelle,
 - la prestation décès est diminuée en cas de décès
 proportionnellement à la part de la maladie ou de l'infirmité.
- 13.4 Si le preneur d'assurance et/ou la personne assurée d'une part et l'assureur d'autre part ne parviennent pas à un accord sur les causes et les conséquences d'une maladie ou d'un accident, chaque partie désigne un expert. En cas de désaccord entre les experts, ces derniers nomment un arbitre pour trancher. En cas de désaccord sur cette nomination, l'arbitre est désigné, à la demande d'une partie, par le président du tribunal cantonal compétent dont dépend le domicile du preneur d'assurance. Les constatations de fait de l'arbitre sont contraignantes pour les parties. Chaque partie prend en charge les frais de son expert et, si nécessaire, la moitié des frais de l'arbitre.

14. Conditions préalables aux prestations

Déclaration d'un sinistre

- 14.1 Après un accident ou une maladie entraînant selon toute probabilité une obligation de fournir la prestation, vous ou la personne assurée devez dans les plus brefs délais
- consulter un médecin et
 - suivre ses instructions.
- 14.2 L'assureur doit être informé d'un accident dans un délai de quatorze (14) jours, avec mention de tous les détails.
- 14.3 La personne assurée doit remplir intégralement et fidèlement la déclaration de sinistre mise à disposition par l'assureur et la renvoyer dans un délai de quatorze (14) jours. Elle doit fournir les renseignements pertinents et les justificatifs complémentaires demandés dans un délai de vingt-huit (28) jours.
- 14.4 Si l'assureur mandate des médecins, la personne assurée doit se faire également examiner par ceux-ci. L'assureur assume les frais nécessaires, y compris le manque à gagner occasionné.
- 14.5 En concluant le présent contrat, la personne assurée s'engage à autoriser si nécessaire les médecins (y compris ceux qui ont soigné ou examiné la personne assurée pour d'autres raisons), les autres assureurs, les compagnies d'assurances et les administrations à fournir tous les renseignements requis à l'assureur. Si, dans un cas particulier, une autorisation écrite devait être nécessaire, la personne assurée se déclare d'accord avec sa signature.
- 14.6 La personne assurée doit faire en sorte que les rapports et les expertises demandés soient remis le plus vite possible.
- 14.7 Si l'accident entraîne la mort, l'assureur doit en être informé sous quarante-huit (48) heures, même dans le cas où l'accident nous avait été déjà déclaré.

Il doit être accordé à l'assureur, dans la mesure du raisonnable et si nécessaire pour déterminer l'obligation de fournir la prestation, le droit de faire procéder à une autopsie par un médecin qu'il aura mandaté.

Obligations en cas de sinistre

- 14.8 Le preneur d'assurance doit autoriser l'assureur à consulter les livres de comptes et les éventuels justificatifs si ceci est nécessaire pour clarifier le sinistre.
- 14.9 La personne assurée doit tout mettre en œuvre pour favoriser sa guérison et s'abstenir de tout ce qui pourrait la ralentir. La personne assurée doit notamment

éviter tout ce qui menace le processus de guérison ou qui retarde le recouvrement de sa capacité de travail.

- 14.10 La personne assurée se conforme aux prescriptions du médecin traitant et du personnel soignant. La personne assurée est par ailleurs tenue de se soumettre aux expertises ou examens médicaux complémentaires jugés nécessaires par l'assureur aux frais de celui-ci.
- 14.11 L'assureur est en droit d'effectuer des visites chez les patients et de demander des justificatifs et des renseignements complémentaires, et notamment des certificats et des rapports médicaux. Les certificats et rapports médicaux fournis sont uniquement acceptés s'ils sont rédigés en allemand, français, italien ou anglais.

15. Quand les prestations sont-elles exigibles et à qui sont-elles payées ?

- 15.1 Les prestations d'assurance sont exigibles au terme de quatre (4) semaines après réception par l'assureur de toutes les informations et de tous les rapports et certificats médicaux lui permettant de se convaincre de la justesse et de l'étendue du droit aux prestations.
- 15.2 La prestation est versée une seule fois.
- 15.3 Sauf stipulation contraire, les prestations sont versées au preneur d'assurance. Ceci sous réserve du droit de créance indépendant des personnes assurées au sens de l'art. 87 de la LCA.
- 15.4 Les prestations soumises à l'impôt à la source sont virées au preneur d'assurance sans déduction. Celui-ci doit veiller au décompte et au versement de l'impôt à la source conformément à la législation.

16. À quoi dois-je veiller concernant la prime ?

Base de la prime

- 16.1 La prime pour chaque personne assurée est calculée sur la base des informations figurant dans la demande, de la couverture d'assurance convenue et de l'âge de la personne assurée.
- 16.2 Les primes pour le tarif maladie sont définies selon les tranches d'âge suivantes :
- de 18 jusqu'à 35 ans
 - de 36 jusqu'à 45 ans
 - de 46 jusqu'à 50 ans
 - de 51 jusqu'à 55 ans
 - de 56 jusqu'à 60 ans
- 16.3 Lorsque la personne assurée passe dans une nouvelle tranche d'âge, la prime est adaptée à la nouvelle tranche d'âge afin de correspondre à la prime de la nouvelle tranche d'âge.

Païement de la prime

- 16.4 Les primes sont dues à l'avance par le preneur d'assurance pour une période d'assurance complète.
- 16.5 En cas de paiement échelonné, l'assureur peut appliquer un supplément.

Remboursement de la prime

- 16.6 Si la prime a été payée à l'avance pour une durée d'assurance définie et que, pour un motif légal ou contractuel, le contrat est résilié avant la fin de cette durée, l'assureur rembourse la prime correspondant à l'année d'assurance non écoulée. Les soldes inférieurs à CHF 20.- ne donnent lieu à aucun prélèvement a posteriori, ni à aucun remboursement.
- 16.7 La prime pour l'année d'assurance en cours est toutefois due dans son intégralité si, à son expiration, le contrat était en vigueur depuis moins d'un an et que le preneur d'assurance a résilié le contrat.

Retard de paiement

- 16.8 Si le preneur d'assurance ne s'acquitte pas de son obligation de paiement, l'assureur le somme par écrit d'effectuer le paiement dans les 14 jours suivant l'envoi de la mise en demeure en attirant son attention sur les conséquences du retard.
- 16.9 Si la mise en demeure reste sans effet, l'obligation de fournir prestation est suspendue à compter de l'expiration du délai de mise en demeure. Si l'assureur ne réclame pas le paiement de la prime due et des frais annexes par voie juridique dans les deux mois qui suivent l'expiration du délai de mise en demeure, on considère que l'assureur dénonce le contrat et renonce au paiement de la prime impayée.

17. Qu'en est-il en cas de modifications des contrats ou des primes ?

17.1 Communication de la modification

L'assureur notifie par écrit les éventuelles modifications des contrats ou des primes aux preneurs d'assurance au plus tard 30 jours avant la fin de l'échéance annuelle. Les preneurs d'assurance qui ne sont pas d'accord avec le nouveau règlement peuvent résilier le contrat pour la fin de l'année. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours qui suivent la réception de l'avis de modification, la modification est considérée comme acceptée.

17.2 Modification du taux de prime en fonction du déroulement des prestations

L'assureur peut adapter les primes pour la fin du contrat en fonction du déroulement collectif des prestations. L'année d'assurance en cours et les deux à quatre années d'assurance précédentes sont considérées comme période d'observation. Si la somme des prestations (y compris provisions pour les cas en cours) dépasse plus de 50 % par rapport à la prime, l'assureur peut adapter

les taux de prime conformément aux dispositions tarifaires.

17.3 Modification du taux de prime en fonction de l'évolution de la structure des assurés

L'assureur peut adapter les taux de prime aux modifications éventuelles de la composition des effectifs assurés (âge et sexe).

17.4 Modifications du taux de prime en fonction des tranches d'âge

Les taux de prime peuvent être adaptés aux tarifs en vigueur pour l'âge actuel des personnes assurées selon les tranches d'âge mentionnées au point 16.2.

18. Quand les droits issus du contrat se prescrivent-ils ?

Les prétentions issues du contrat d'assurance se prescrivent deux (2) ans après la survenance du fait qui a ouvert droit à la prestation.

19. Quel tribunal est compétent ?

En cas de litiges découlant du contrat, l'assureur reconnaît comme tribunal compétent le tribunal du domicile suisse du preneur d'assurance, de la personne assurée ou de l'ayant droit.

20. Mandat donné à un tiers

Si un tiers (p. ex. broker/courtier) est mandaté ou autorisé par le preneur d'assurance, l'assureur est habilité à recevoir la correspondance (demandes, annonces, déclarations, déclarations de volonté) du tiers mandaté et à la lui signifier.

Si la validité d'une prestation ou d'une déclaration de l'assureur au preneur d'assurance dépend de l'observation d'un délai, ce délai est réputé respecté à réception par le tiers mandaté. Les déclarations et notifications du preneur d'assurance, représenté par le tiers mandaté, ne sont valables qu'à compter de leur réception par l'assureur.

21. À quoi faut-il veiller en cas de litige ?

Le centre de réclamations Chubb se tient à votre disposition et prendra personnellement en charge votre demande.

Vous pouvez le joindre par téléphone

au : +41 (0) 43 456 75 75 ou

ou par courrier électronique à l'adresse yourfeedback.ch@chubb.com

22. À qui adresser les notifications ?

Si aucun tiers n'est mandaté :

Veillez adresser toutes les déclarations et notifications relatives à votre contrat d'assurance ainsi que les déclarations de sinistre à

Boss Insurance Services SA
Place Coquillon 2

Case postale 1816

CH – 2001 Neuchâtel
Téléphone : +41 (0) 751 22 22

Fax : +41 (0) 32 751 52 88

E-mail : info@boss-insurance.ch

23. Qui est votre assureur ?

Chubb Assurances (Suisse) SA
Bärengasse 32
8001 Zürich

Chubb Affinity – Professionals Protection

Assurance collective selon la LCA

Annexe 1

Version du 01/09/2020

Barème d'incapacité permanente B3

Barème d'Invalidité Permanente B3

I- Tête		Taux	Droit Gauche	
Démence totale et incurable, rendant impossible tout travail ou toute occupation		100%		
Broche osseuse crânienne complète, suivant son étendue et ses conséquences fonctionnelles :				
a/ surface d'au moins 7 cm2		70 à 100%		
b/ surface de 2 à 6 cm2		15 à 70%		
Epilepsie généralisée démontrée post-traumatique, avec plusieurs crises par semaine		80 à 100%		
Epilepsie généralisée démontrée post-traumatique, avec crises plus espacées		30 à 80%		
Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux		100%		
Perte totale d'un oeil (énucléation)		90%		
Perte de la vision d'un oeil ou réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à moins de 1/20 (l'acuité visuelle est toujours prise avec correction)		80%		
Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 1/10		50%		
Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 2/10		40%		
Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 3/10		30%		
Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 4/10		25%		
Réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à 5/10		10%		
Réduction de l'acuité visuelle de chaque oeil à moins de 5/10: retenir le taux d'incapacité correspondant à l'œil le plus atteint, augmenté de deux fois le taux d'incapacité de l'autre, sans pouvoir excéder 100 %.				
Surdité incurable et totale des deux oreilles		100%		
Surdité incurable et totale d'une oreille		55%		
Fracture des maxillaires supérieur ou inférieur avec troubles de l'engrènement de la mastication, gêne à l'ouverture de la bouche, etc		15 à 60%		
Perte complète de toutes les dents supérieures ou inférieures avec appareillage impossible		50%		
II- Membres		Taux		
A Infirmité portant sur les deux membres				
Perte des deux bras ou des deux mains ou perte complète de leur usage		100%		
Perte des deux jambes ou des deux pieds ou perte complète de leur usage		100%		
Perte d'un bras ou d'une main ou d'une jambe ou d'un pied ou perte complète de leur usage		100%		
B Infirmité portant sur les membres supérieurs		Droit	Gauche	
(Ces taux sont inversés pour les gauchers)				
Perte du bras ou perte complète de son usage		100%	100%	
Ankylose complète d'un membre supérieur		100%	100%	
Désarticulation du coude		100%	100%	
Perte complète de l'usage de l'épaule		100%	100%	
Limitation des mouvements de l'épaule		15 à 80%	12 à 70%	
Ankylose complète du coude en position favorable (70° à 110°)		40 à 70%	30 à 55%	
Ankylose complète du coude en position défavorable ...		100%	80%	
Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible)		100%	100%	
Fracture non consolidée de l'avant bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible):				
des deux os		60 à 100%	50 à 100%	
d'un seul os		40 à 100%	30 à 100%	
Fracture de l'avant-bras avec perte partielle des mouvements du poignet		30 à 80%	22 à 70%	
Perte complète des mouvements du poignet avec raideur plus ou moins marquée des doigts		60 à 100%	50 à 100%	
Paralysie totale d'un membre supérieur		100%	100%	
Paralysie totale du nerf circonflexe		80%	80%	
Paralysie totale du nerf médian au bras		100%	100%	
Paralysie totale du nerf médian au poignet		50%	50%	
Paralysie totale du nerf cubital		100%	100%	
C Infirmité portant sur les membres inférieurs				
Désarticulation de la hanche				100%
Ankylose de la hanche en position défavorable				100%
(flexion-abduction ou adduction)				
Ankylose de la hanche en position favorable				70%
Amputation de la cuisse au tiers supérieur				100%
Amputation de la cuisse au-dessous du tiers supérieur				85%
Désarticulation du genou				85%
Ankylose du genou en position défavorable				50 à 70%
Ankylose du genou en position favorable				50%
Amputation de la jambe inférieure (suivant hauteur)				60
à 70% Amputation totale du pied				60%
Amputation partielle du pied				60%
Amputation des cinq orteils				50%
Amputation du gros orteil				40%
20%				
Amputation d'un autre des 4 orteils				4%
Amputation du 5 ^e orteil avec son métatarsien				15%
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou de la jambe non opérable et non appareillable				100%
Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe appareillable				40 à 70%
Fracture non consolidée de la rotule avec gros écartement des fragments				60%
Fracture du col du fémur suivant raccourcissement et suivant gêne fonctionnelle				25 à 80%
Raccourcissement du membre inférieur :				
- de plus de 5 cm				20 à 40%
- de 3 à 5 cm				6 à 20%
Paralysie totale du membre inférieur				100%
Paralysie totale du nerf sciatique				65%
Paralysie totale du nerf crural				65%
Paralysie totale du sciatique poplité externe				40%
Paralysie totale du sciatique poplité interne				30%
Perte totale des mouvements de l'articulation tibio tarsienne (ankylose complète):				
- en position favorable				12%
- en position défavorable				12 à 30%
III - Colonne vertébrale				
Fracture grave avec paralysie complète des membres inférieurs et troubles sphinctériens				100%
Fracture d'un corps vertébral sans lésions neurologiques				30 à 60%
IV- Thorax				Taux
Fracture du sternum				8 à 30%
Fracture des côtes suivant le nombre et les séquelles ...				3 à 40%
Atteinte très grave à la fonction pulmonaire				80%
Atteinte très grave à la fonction rénale				70%
V - Bassin				Taux
Fractures avec séquelles suivant les troubles fonctionnels				5 à 75%

Degré d'invalidité	Indemnité en pour cent du capital assuré		
	A (100%)	B (225%)	C (350%)
%	%	%	%
26	26	27	28
27	27	29	31
28	28	31	34
29	29	33	37
30	30	35	40
31	31	37	43
32	32	39	46
33	33	41	49
34	34	43	52
35	35	45	55
36	36	47	58
37	37	49	61
38	38	51	64
39	39	53	67
40	40	55	70
41	41	57	73
42	42	59	76
43	43	61	79
44	44	53	82
45	45	65	85
46	46	67	88
47	47	69	91
48	48	71	94
49	49	73	97
50	50	75	100
51	51	78	105
52	52	81	110
53	53	84	115
54	54	87	120
55	55	90	125
56	56	93	130
57	57	96	135
58	58	99	140
59	59	102	145
60	60	105	150
61	61	108	155
62	62	111	160

Degré d'invalidité	Indemnité en pour cent du capital assuré		
	A (100%)	B (225%)	C (350%)
63	63	114	165
64	64	117	170
65	65	120	175
66	66	123	180
67	67	126	185
68	68	129	190
69	69	132	195
70	70	135	200
71	71	138	205
72	72	141	210
73	73	144	215
74	74	147	220
75	75	150	225
76	76	153	230
77	77	156	235
78	78	159	240
79	79	162	245
80	80	165	250
81	81	168	255
82	82	171	260
83	83	174	265
84	84	177	270
85	85	180	275
86	86	183	280
87	87	186	285
88	88	189	290
89	89	192	295
90	90	195	300
91	91	198	305
92	92	201	310
93	93	204	315
94	94	207	320
95	95	210	325
96	96	213	330
97	97	216	335
98	98	219	340
99	99	222	345
100	100	225	350