

Chubb Affinity - Salary Protection

Assurance collective indemnités journalières selon la LCA

Version du 01/09/2020

CHUBB®



Chubb Affinity - Salary Protection

Assurance collective indemnités journalières 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 indemnités journalières est destinée à protéger les entreprises et leurs salariés contre les conséquences économiques d'une incapacité de travail en cas de maladie ou d'accident.

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 Zurich.

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

Chubb Affinity - Salary Protection

Assurance collective indemnités journalières 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
Bärengrasse 32
CH-8001 Zurich

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 Zurich, 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 – Salary Protection).

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 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 Affinity - Salary Protection

Assurance collective indemnités journalières selon la LCA

Conditions Générales d'Assurance (CGA)

Version du 01/09/2020

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	2
5. Droit au remboursement de la prime	2
6. Devoirs du preneur d'assurance	3
7. Durée et terminaison du contrat d'assurance	3
8. Traitement des données	4
1. Conclusion de l'assurance et parties concernées	6
2. Quelles sont les bases contractuelles ?	6
3. Où l'assurance est-elle valable ?	6
4. Définitions générales	6
5. Cercle des personnes assurées	7
6. Quel est le montant du revenu d'une activité lucrative assuré ?	7
7. Quand l'assurance débute-t-elle et quand prend-elle fin ?	8
8. Quelles restrictions ou exclusions de la couverture d'assurance sont applicables ?	9
9. Quelles obligations dois-je respecter ?	9
10. Qu'en est-il en cas d'assurances multiples ou de surindemnisation ?	10
11. Quelles prestations sont fournies ?	11
12. Quand débute l'obligation de fournir prestation ?	12
13. Comment le délai d'attente est-il imputé ?	12
14. Pendant combien de temps les prestations sont-elles fournies ?	12
15. Quels faits entraînent une interruption des prestations ?	13
16. Quel règlement s'applique en période d'essai et en cas de contrats de travail à durée déterminée ou saisonniers ?	13
17. Quand les prestations sont-elles réduites ?	13
18. Comment est calculée l'indemnité journalière ?	13
19. Quand les prestations sont-elles exigibles et à qui sont-elles payées ?	14
20. À quoi dois-je veiller concernant la prime ?	14
21. Qu'en est-il des modifications de primes ?	15
22. Quand les droits issus du contrat se prescrivent-ils ?	15
23. Qu'en est-il en cas de transfert dans l'assurance individuelle ?	15
24. Quel tribunal est compétent ?	16
25. Mandat donné à un tiers	16
26. À qui adresser les notifications ?	16
27. Qui est votre assureur ?	16

Étendue de l'assurance

1. Conclusion de l'assurance et parties concernées

L'assurance collective indemnités journalières de Chubb Assurances (Suisse) SA, ci-après « l'assureur », offre une couverture d'assurance contre les conséquences économiques d'une incapacité de travail suite à une maladie et, si convenu par contrat, à un accident.

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 ?

L'assurance est valable dans le monde entier, sous réserve des exceptions ci-après.

3.2 Maladie et séjour à l'étranger

Si une personne assurée tombe malade lors d'un séjour à l'étranger, les prestations sont fournies pendant la durée du séjour à l'étranger pour 90 jours maximum par sinistre pour lequel le délai d'attente recommence à courir. Une personne assurée malade qui se rend à l'étranger sans le consentement de l'assureur n'a de nouveau droit aux prestations qu'à compter de la date de son retour.

3.3 Règlement relatif aux travailleurs frontaliers

Les restrictions en matière de prestations (point 3.2) ne s'appliquent 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 séjournent dans l'un de ces pays.

Les restrictions en matière de prestations (du point 3.2) ne s'appliquent pas non plus aux autres travailleurs frontaliers tant qu'ils ont leur domicile dans la zone frontalière étrangère et qu'ils 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 et involontaire 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

- - 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 On entend par maternité la grossesse et l'accouchement de même que la période de convalescence ultérieure de la mère.
- 4.4 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.
- 4.5 Une incapacité de gain est la perte totale ou partielle, après traitement raisonnable et insertion, des capacités de trouver un emploi sur le marché du travail équilibré entrant en ligne de compte, provoquée par une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique.

Pour apprécier l'existence d'une incapacité de gain, il convient de prendre exclusivement en compte les conséquences de l'atteinte à la santé. Il n'y a en outre incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

- 4.6 Une invalidité est une incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée.
- 4.7 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.
- 4.8 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.

5. Cercle des personnes assurées

- 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 ou groupes de personnes ci-après.
 - 5.3.1 Les salariés sont assurés dès lors qu'
 - il existe un rapport de travail entre eux et le preneur d'assurance ou les sociétés du groupe indiquées 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 ne sont assurés que 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 sont pas assurés :
 - 5.4.1 les effectifs prêtés à l'entreprise assurée par des entreprises tierces ;
 - 5.4.2 les personnes qui travaillent pour l'entreprise assurée dans le cadre d'une relation contractuelle ;
 - 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 ;
 - 5.4.5 les salariés employés en Suisse, mais qui, en vertu de l'accord sur la libre circulation des

personnes conclu avec l'Union européenne (UE) ou de la convention AELE, ne sont pas soumis aux assurances sociales suisses.

6. Quel est le montant du revenu d'une activité lucrative assuré ?

- 6.1 Pour les salariés, est assuré un pourcentage du salaire effectif soumis à l'AVS indiqué dans la police.

La base du calcul de l'indemnité journalière est le dernier salaire perçu avant la survenance du sinistre. En cas de revenu irrégulier, on prend en compte la moyenne depuis le début de l'emploi, tout au plus cependant celle des douze derniers mois.

Les adaptations de salaire consécutives à une modification du taux d'occupation ou les augmentations de salaire générales sont uniquement prises en compte si elles ont été convenues contractuellement par écrit avant la survenance de l'incapacité de travail.

Le salaire annuel assuré maximum est de CHF 365'000.
- 6.2 Si des membres de l'administration et des organes de direction exercent simultanément une activité salariée dans l'entreprise assurée, les rémunérations contenues dans le salaire soumis à l'AVS sous forme d'honoraires d'administrateurs, de tantièmes, d'indemnités fixes et de jetons de présence sont également assurés.
- 6.3 Pour les indépendants et les propriétaires d'entreprise, est assurée au maximum la masse salariale fixe indiquée dans la police.
- 6.4 Si une assurance de sommes n'est pas explicitement convenue dans la police, l'assurance est réputée assurance dommages. Dans le cas d'une assurance dommages, la personne assurée doit fournir la preuve d'une perte de gain. Elle n'a droit aux prestations que dans le cadre de la perte de gain prouvée.

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 les salariés, la couverture d'assurance débute le jour où le salarié commence ou aurait commencé à travailler conformément à son contrat d'embauche, au plus tôt cependant à la date de commencement indiquée dans le contrat.
- 7.4 Les personnes qui ne sont pas en capacité, ou ne sont que partiellement en capacité de travailler pour cause de maladie, d'accident ou d'infirmité au commencement du contrat de travail ou au commencement de l'assurance ne sont assurées que lorsqu'elles ont recouvré leur pleine capacité de travail dans le cadre de leur contrat de travail. Elles sont admises dans l'assurance pour la couverture convenue sans examen de santé et il n'y a pas d'exclusions pour atteintes à la santé préexistantes qui réapparaissent (couverture intégrale).
- 7.5 Les personnes atteintes d'une invalidité partielle ou les salariés qui n'exercent qu'une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée en raison d'une atteinte à leur santé doivent être en pleine capacité de travailler pour l'emploi à temps partiel convenu le jour de leur prise de fonction ou au commencement de l'assurance. En cas d'aggravation temporaire ou durable de l'affection ayant entraîné l'invalidité partielle, la durée des prestations est limitée à 90 jours maximum.
- 7.6 Pour les indépendants et les propriétaires d'entreprise, l'admission dans l'assurance doit être demandée individuellement.
- 7.7 Les personnes qui sont 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

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

- 7.9 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 ;
 - dès qu'en raison d'accords de libre circulation, la poursuite de la couverture d'assurance est garantie par un autre assureur ;
 - avec le décès de la personne assurée ou
 - avec le transfert de son domicile à l'étranger. Sont exclus de cette restriction les salariés qui continuent d'être soumis à la législation suisse sur les assurances sociales.
 - à la cessation de l'activité professionnelle ou à l'expiration du permis de séjour autorisant l'activité professionnelle.
- 7.10 Pour les personnes assurées en incapacité de travail et de gain à la fin de la couverture d'assurance, un droit à prestation déjà existant reste acquis pour le cas en cours dans le cadre des dispositions contractuelles (extension de la durée des prestations). Le droit à une extension de la durée des prestations expire dès que la personne recouvre sa pleine capacité de travail.
- 7.11 L'extension de la durée des prestations est limitée pour
- les indépendants et les propriétaires d'entreprise à 180 jours maximum.
 - Les travailleurs frontaliers selon le point 3.3 à 90 jours
- 7.12 L'extension de la durée des prestations telle que définie au point 7.10 ne s'applique pas
- si le contrat est poursuivi auprès d'un autre assureur qui doit garantir la poursuite du versement des indemnités journalières en vertu d'accords de libre circulation ;
 - dès lors que le domicile est situé à l'étranger et qu'aucun règlement relatif aux travailleurs frontaliers tel que défini au point 3.3 ne s'applique
 - si le contrat de travail a été résilié pendant la période d'essai ;
 - s'il s'agissait d'un rapport de travail à durée déterminée ou
 - d'une rechute telle que définie au point 14.5.

Résiliation du contrat

- 7.13 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.

- 7.14 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.
- 7.15 Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat si l'assureur modifie les primes d'assurance (point 21.1) ;
- 7.16 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. 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 :

- 8.1 (seulement si les accidents ne sont pas également couverts)
 - en cas de maladies professionnelles au sens de l'art. 9 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ou de lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) ;
- 8.2 entreprises téméraires ;
- 8.3 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 ;
- 8.4 incapacité de travail consécutive à une grossesse si elle n'est pas la conséquence directe d'une complication ;
- 8.5 incapacité de travail consécutive à une opération non indiquée médicalement.
- 8.6 conséquences d'événements guerriers
 - 8.6.1 en Suisse ;
 - 8.6.2 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.

Exclusions pour accidents si compris dans l'assurance

Outre les exclusions telles que définies aux points 8.1-8.6, les conséquences d'accidents sont considérées comme non assurées :

- 8.7 en cas de participation à des rixes et des bagarres ;
- 8.8 en cas de crimes ou de délits consommés ou de tentatives de crime ou de délit ;
- 8.9 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 ;
- 8.10 en cas de participation à des actes de terrorisme et des événements guerriers ;
- 8.11 lors d'un service militaire à l'étranger ;
- 8.12 à la suite d'un tremblement de terre en Suisse et dans la principauté de Liechtenstein ;
- 8.13 en cas de participation à des courses et des rallyes automobiles nécessitant une licence de pilote de course ;
- 8.14 en cas de participation à des compétitions de bateaux à moteur, entraînements compris ;
- 8.15 lors de l'utilisation d'aéronefs, de deltaplanes, de parapentes ou appareils similaires et lors de sauts en parachute si la personne assurée enfreint intentionnellement les prescriptions des autorités ou qu'elle n'est pas en possession des certificats ou autorisations officiels requis, de même qu'en cas d'accidents de passagers qui savaient ou auraient dû savoir compte tenu des circonstances que les certificats et les autorisations prescrits pour les membres de l'équipage ou l'aéronef utilisée n'étaient pas existants.

9. Quelles obligations dois-je respecter ?

- 9.1 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.

9.2 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.

9.3 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 (p. ex. un changement de situation professionnelle du preneur d'assurance ou de la personne assurée). Les modifications de l'état de santé du preneur d'assurance ou de la personne assurée ne constituent pas une augmentation du risque au sens de la présente disposition.

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.

9.4 Assurances multiples

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, le preneur d'assurance doit le notifier à l'assureur. Pendant la durée du contrat, cette notification doit être effectuée dans les plus brefs délais.

9.5 En cas de sinistre

En cas de sinistre, d'autres obligations sont applicables, conformément aux points 11.8 et suivants.

9.6 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.

9.7 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 en cas de sinistre. Les réductions ou les refus des prestations d'assurance ne sont pas applicables si le comportement en violation du contrat n'a eu aucune influence sur la survenance ou l'étendue du sinistre survenu. 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.

Ces préjudices de droit n'interviennent pas si la personne assurée démontre de manière crédible qu'elle n'est en rien responsable.

10. Qu'en est-il en cas d'assurances multiples ou de surindemnisation ?

- 10.1 Le cumul des prestations faisant l'objet du présent contrat avec les prestations d'assureurs sociaux ne doit pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée. La limite de surindemnisation se situe à hauteur des prestations assurées selon la police. Cette clause ne s'applique pas aux personnes assurées sur la base d'une somme de salaires fixes.
- 10.2 Les indemnités journalières faisant l'objet du présent contrat sont versées (à titre subsidiaire) en complément des prestations des assurances sociales et d'autres assurances selon la LPP ou la LCA. Si le sinistre nous est déclaré en premier, l'assureur prend en charge provisoirement les prestations. La condition préalable à la prise en charge provisoire des prestations est l'accord de la personne assurée ou de l'ayant droit à la compensation et à la restitution directe des prestations fournies. Ils s'engagent en outre à céder également leurs prétentions au titre de la responsabilité civile dans ces proportions.

En conséquence, l'obligation de fournir prestation de l'assureur se limite à la différence entre les prestations des assurances sociales – y compris les assurances facultatives indemnités journalières selon la LAMal –, et des assurances selon la LPP et la limite de surindemnisation susmentionnée.

L'assureur demande directement à l'assurance-invalidité fédérale le remboursement des prestations qu'il fournit au titre des prestations de l'assurance-invalidité à partir de la date du début du versement de l'indemnité journalière ou de la rente. Le montant du remboursement correspond au montant de la surindemnisation. Les jours à prestations réduites sont comptés comme jours entiers et imputés sur la durée des prestations. Il en va de même pour les jours où les prestations de l'assurance-invalidité dépassent celles de l'assurance indemnités journalières pour maladie.

- 10.3 Le droit de recours est transféré à l'assureur dans la mesure où il a fourni l'indemnisation. Ceci vaut également si une assurance sociale ou une assurance obligatoire (LAA, LAMal) est tenue de fournir prestation.

10.4 Si une autre compagnie d'assurances fournit également ses prestations à titre subsidiaire, les compagnies concernées prennent les frais en charge au prorata de leur montant d'assurance.

11. Quelles prestations sont fournies ?

Conditions préalables aux prestations

- 11.1 En cas d'incapacité de travail attestée d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail. En cas d'incapacité de travail prolongée s'accompagnant d'une perte de gain d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de la perte de gain.
- 11.2 Dans le cas des indépendants et des propriétaires d'entreprise, une incapacité de travail attestée d'au moins 50 % est déterminante.
- 11.3 Les personnes atteintes d'une invalidité partielle ou les salariés qui n'exercent qu'une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée en raison d'une atteinte à leur santé sont considérés comme disposant de leur entière capacité de travail au sens des présentes conditions s'ils sont pleinement capables de travailler d'après leur taux d'occupation. Leur incapacité de travail se mesure d'après leur degré d'incapacité à poursuivre leur ancienne activité.
- 11.4 Les arrêts de travail pour examens ou traitements ambulatoires ne donnent pas droit à une indemnité journalière.
- 11.5 Les arrêts de travail pour cure ne sont assurés que si celle-ci est prescrite par un médecin et qu'une demande de cure a été remise à l'assureur au plus tard 14 jours avant le début de la cure.

Si la personne assurée se rend à l'étranger pour suivre un traitement, se faire soigner ou accoucher sans le consentement de l'assureur, aucune prestation n'est fournie.

Déclaration d'un sinistre

- 11.6 Si un événement est susceptible de donner droit aux prestations d'assurance,
 - il convient de faire appel à un médecin dans les plus brefs délais et de veiller à recevoir un traitement approprié ;
 - le preneur d'assurance doit le déclarer à l'assureur dans le formulaire mis à disposition comme suit : en cas de délai d'attente allant jusqu'à 30 jours, sous 7 jours après expiration du délai d'attente en cas de délai d'attente de 31 jours et plus, au plus tard à l'expiration du délai d'attente
- 11.7 Pour justifier son droit, le preneur d'assurance ou la personne assurée doivent fournir les certificats médicaux requis, avec indication du diagnostic

complet. La personne assurée doit affranchir les médecins qui la traitent ou l'ont traitée du secret professionnel vis-à-vis de l'assureur. La personne assurée doit fournir la preuve d'une perte de gain. Si elle ne peut pas prouver la perte de gain, elle n'a droit à aucune prestation.

Obligations en cas de sinistre

- 11.8 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.
- 11.9 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.
- 11.10 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.
- 11.11 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.
- 11.12 Au terme de l'incapacité de travail, une confirmation du degré et de la durée de l'incapacité de travail doit être remise à l'assureur dans les plus brefs délais. Si le sinistre dure plus d'un mois, il convient de remettre mensuellement à l'assureur un certificat attestant du degré et de la durée de l'incapacité de travail.
- 11.13 La personne assurée qui reste selon toute probabilité durablement, entièrement ou partiellement, en incapacité de travailler dans son métier d'origine est tenue d'exploiter son éventuelle capacité de travail résiduelle, même si cela implique un changement de profession. L'assureur somme la personne assurée de changer de profession et attire son attention sur les conséquences telles que définies au point 17.
- 11.14 **Coordination avec l'assurance-invalidité (AI)**
La personne assurée doit déclarer son cas auprès de l'office AI compétent pour détection et intervention précoces si elle s'est trouvée en incapacité de travail ininterrompue pendant 30 jours minimum ou qu'au cours d'une année, elle a dû s'absenter de son travail à plusieurs reprises pendant une courte période pour raisons de santé.

La personne assurée doit en outre déposer une demande à l'office AI au plus tard six mois après le début de l'incapacité de travail en vue de percevoir les

prestations. La déclaration faite au titre de la détection précoce n'est pas considérée comme le dépôt d'une demande en vue de percevoir les prestations de l'AI.

Si la personne assurée omet de déposer une demande de prestations, l'assureur peut diminuer les prestations du montant des prestations AI manquées ou exiger de la personne assurée le remboursement des prestations fournies dans ces proportions.

La personne assurée est tenue d'apporter son concours à l'exécution de la présente assurance. Elle doit fournir à l'assureur toutes les indications dont celui-ci a besoin pour déterminer le droit aux prestations et fixer le montant des prestations. La personne assurée peut notamment être tenue de fournir, à l'intention de l'assureur, des rapports médicaux et des certificats médicaux nécessaires pour évaluer l'obligation de fournir prestation.

11.15 Case Management

La personne assurée est tenue de collaborer activement avec le Case Management du tiers mandaté par l'assureur ou nommé dans la police, qui se charge de la prévention, du suivi et de la réinsertion.

11.16 L'assureur fait dépendre les prestations faisant l'objet du présent contrat de la déclaration du cas aux autres assurances concernées (assurances sociales, AI, autres assureurs indemnités journalières) et aux tiers mandatés (p. ex. Case Manager). Le droit aux prestations est interrompu si la personne assurée ne donne pas suite à l'injonction de déposer une demande. Ce droit est rétabli une fois la demande déposée. La durée de l'interruption est imputée sur toute la durée des prestations. La personne assurée perd en revanche son droit à prestation si elle renonce au droit qu'elle peut faire valoir envers ces assurances ou si elle le retire.

11.17 La personne assurée doit autoriser l'assureur à se renseigner auprès des autres assureurs et des médecins traitants et à affranchir les personnes concernées de leur éventuelle obligation au secret.

12. Quand débute l'obligation de fournir prestation ?

12.1 L'obligation de l'assureur de fournir prestation commence après expiration du délai d'attente convenu dans la police si durant cette période, l'incapacité de travail n'a connu aucune interruption, tout au moins conformément aux points 11.1 et 11.2.

12.2 Si l'employeur accorde un congé sans solde à la personne assurée, la couverture d'assurance perdure tant que le contrat de travail se poursuit, mais au maximum pendant 7 mois après la fin du droit au salaire. Pendant la durée prévue du congé, la personne n'a pas droit aux prestations d'assurance et aucune prime n'est due. Si la personne assurée tombe

malade pendant le congé sans solde, l'assureur impute les jours compris entre le début de l'incapacité de travail et la reprise de l'activité professionnelle initialement prévue sur le délai d'attente et la durée des prestations.

13. Comment le délai d'attente est-il imputé ?

13.1 Le délai d'attente commence le jour de l'incapacité de travail minimum attestée par un médecin telle que définie aux points 11.1 et 11.2, au plus tôt cependant 3 jours avant la première consultation médicale.

13.2 Les jours d'incapacité de travail partielle sont comptés comme jours entiers et imputés sur le délai d'attente.

14. Pendant combien de temps les prestations sont-elles fournies ?

14.1 L'assureur verse l'indemnité journalière par sinistre tout au plus pour la durée maximum des prestations indiquée dans la police.

14.2 Les jours d'incapacité de travail partielle sont comptés comme jours entiers et imputés sur la durée maximum des prestations.

14.3 Lorsque la durée maximum des prestations est atteinte en cas de sinistre, la couverture d'assurance expire pour ce sinistre. Une éventuelle capacité de travail résiduelle reste assurée.

14.4 Après fourniture d'une prestation due à une incapacité de travail, la personne assurée doit exercer une pleine activité professionnelle pendant au moins une journée pour avoir droit à percevoir une nouvelle prestation (requalification avant perception d'une prestation fondée sur un nouvel événement primaire). Un nouveau délai d'attente s'applique.

14.5 En termes de durée des prestations et de délai d'attente, la réapparition d'une maladie ou des séquelles d'un accident est considérée comme nouveau cas si, avant la rechute, la personne assurée n'a pas été en incapacité de travail ou n'a pas suivi de traitement médical pendant au moins 365 jours consécutifs suite à cette maladie ou aux séquelles de cet accident.

14.6 En cas de rechute dans les 12 mois, le délai d'attente déjà couru est supprimé et les indemnités journalières déjà versées sont prises en compte pour le calcul de la durée maximum des prestations.

14.7 En cas d'incapacité de gain partielle de longue durée des personnes indiquées nommément dans la police, le revenu d'une activité lucrative assuré jusqu'ici est abaissé proportionnellement au degré de la capacité de travail résiduelle.

14.8 Pour les personnes assurées qui perçoivent une rente AVS en début de sinistre, au plus tard cependant lorsqu'elles atteignent l'âge ordinaire de la retraite AVS, une durée des prestations de 180 jours est

applicable, en lieu et place de la durée des prestations indiquée dans la police.

- 14.9 La personne assurée ne peut différer l'épuisement de la durée des prestations en renonçant aux prestations avant la fin de l'incapacité de travail.

15. Quels faits entraînent une interruption des prestations ?

15.1 Sanctions pénales

Si la personne assurée est placée en détention préventive ou qu'il y a exécution d'une peine ou d'une sanction à son encontre pendant une incapacité de travail, aucune indemnité journalière n'est due pour cette période. Les journées non indemnisées sont comptées comme jours entiers et imputées sur la durée des prestations.

15.2 Séjour à l'étranger

Une personne assurée qui souhaite se rendre à l'étranger pendant une incapacité de travail doit informer préalablement l'assureur. Après analyse des circonstances, celui-ci peut verser les prestations d'assurance pendant une période limitée.

Si une personne assurée en incapacité de travail se rend à l'étranger sans en informer préalablement l'assureur, elle n'a pas droit aux prestations pendant la durée du séjour à l'étranger.

15.3 Maternité

Une indemnité journalière consécutive à une incapacité de travail due à une maternité n'est pas assurée, sauf en cas de complications de la grossesse ou de l'accouchement.

L'obligation de fournir prestation en cas de maladie ou d'accident est suspendue pendant les 14 semaines qui suivent l'accouchement. Dans le canton de Genève cette obligation est cependant suspendue pendant les 16 semaines qui suivent l'accouchement. Si la personne assurée ne souhaite pas reprendre le travail d'ici la 16e semaine qui suit l'accouchement, l'obligation de fournir prestation est suspendue jusqu'à cette date.

Les troubles de la santé dus à l'accouchement sont assimilés à une maladie assurée à compter de la date où le droit à une allocation de maternité selon la Loi sur le régime des allocations en cas de perte de gain (LAPG) prend ou prendrait fin, dès lors que la future mère était assurée par le présent contrat en début de grossesse.

Si elle n'était pas encore assurée, l'indemnité journalière prévue par le contrat est versée tout au plus tant qu'il y a obligation de verser le salaire conformément à l'art. 324 a CO.

16. Quel règlement s'applique en période d'essai et en cas de contrats de travail à durée déterminée ou saisonniers ?

- 16.1 Pour les personnes assurées qui se trouvent en période d'essai à la date de la survenance de l'incapacité de travail, la durée des prestations est limitée à 30 jours maximum.

- 16.2 Pour les personnes assurées ayant un contrat de travail à durée déterminée ou saisonnier, la durée des prestations prend fin à la date du terme du rapport de travail convenu avant le début de la maladie, mais au plus tard après la durée des prestations consignée dans la police.

- 16.3 Les apprentis sont assimilés à des salariés employés pour une durée indéterminée. L'assureur offre une couverture d'assurance en cas d'accidents survenant à la personne assurée pendant la durée de validité du contrat.

17. Quand les prestations sont-elles réduites ?

Les prestations peuvent être réduites dans les cas suivants :

17.1 Non-observation des obligations contractuelles

Si les obligations contractuelles ne sont pas remplies, l'assureur a le droit de refuser ou de réduire les prestations. Ceci sous réserve de la preuve d'une violation des obligations non imputable à la personne.

17.2 Négligence grave

Exception faite du point 17.2 al. 2, l'assureur renonce au droit qui lui revient légalement de réduire ses prestations si la personne assurée a provoqué le sinistre par négligence grave.

Si la personne assurée a causé un accident en conduisant un véhicule à moteur sous l'emprise massive d'alcool (0,8 ‰ ou plus) ou de drogues, ou sous l'emprise de médicaments non prescrits, l'indemnité journalière est réduite de 50 %.

17.3 Répartition en cas d'atteintes multiples à la santé

Si les atteintes à la santé ne sont dues qu'en partie aux maladies assurées, les prestations sont définies au prorata, sur la base des rapports d'expertise d'un médecin-conseil.

18. Comment est calculée l'indemnité journalière ?

- 18.1 Le montant de l'indemnité journalière est déterminé en fonction du degré d'incapacité de travail attesté par un médecin.

18.2 Indemnité journalière en pour-cent du salaire

L'indemnité journalière est calculée sur le salaire déterminant pour le calcul des primes. Elle est déterminée en tout état de cause en fonction de la perte de gain effective. Est déterminant pour le calcul des indemnités journalières en pour-cent du salaire le dernier salaire AVS touché avant le début de la maladie, ce salaire étant converti en salaire annuel et

divisé par 365. L'indemnité journalière ainsi calculée est versée par chaque jour civil.

Si le salaire est soumis à de fortes fluctuations (p. ex. personnes payées à la commission ou personnel auxiliaire dont l'activité est irrégulière), l'indemnité journalière se calcule en divisant par 365 le salaire obtenu durant les 12 derniers mois précédant le début de la maladie.

Pour les personnes assurées qui se trouvent en formation, c'est le salaire effectif, respectivement le salaire appliqué usuellement dans la branche au terme de la formation, ou le salaire fixé dans le contrat de travail déjà conclu, qui est valable.

Un salaire provenant d'une autre activité n'est pas pris en considération.

L'indemnité journalière est calculée de manière analogue en cas de sommes de salaires fixes.

18.3 Indemnité journalière en pour-cent d'une masse salariale fixe

S'il est convenu une masse salariale fixe conformément à l'art. 6.3 du contrat, l'indemnité journalière telle que définie au point 18.2 est calculée de manière analogue.

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

19.1 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 certificats médicaux lui permettant de se convaincre de la justesse et de l'étendue du droit aux prestations.

19.2 Les prestations sont versées mensuellement.

19.3 Sauf stipulation contraire, les prestations sont versées au preneur d'assurance. Ceci sous réserve du droit de créance indépendant d'une personne assurée au sens de l'art. 87 de la LCA.

19.4 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.

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

Base de la prime

20.1 La prime est calculée sur la base des données figurant dans la police.

Sont pris en compte les éléments suivants :

- l'entreprise assurée est catégorisée dans le tarif des primes selon sa nature et sa situation ;
- si le tarif des primes le prévoit et que l'on dispose d'une expérience suffisante en

matière de risques concernant l'entreprise assurée, l'expérience des sinistres du contrat en question (tarification empirique) est également prise en compte pour le calcul de la prime.

- la tarification empirique s'applique uniquement lors elle a été convenue entre les parties et mentionnée en conséquence dans la police d'assurance.

20.2 Sous réserve d'autres accords contractuels, le revenu soumis à l'AVS perçu dans l'entreprise assurée est déterminant pour le calcul de la prime, après prise en compte du salaire annuel assuré maximum par personne.

20.3 Pour les indépendants et les propriétaires d'entreprise, les dispositions suivantes s'appliquent :

20.3.1 La structure tarifaire prévoit un échelonnement des primes selon l'âge et la profession.

20.3.2 Lorsqu'elle atteint l'âge maximum de sa tranche d'âge tarifaire au début de l'année civile suivante, la personne assurée passe automatiquement dans la tranche d'âge tarifaire supérieure.

20.3.3 Le tarif des primes en vigueur dans la tranche d'âge tarifaire respective est déterminant.

20.3.4 Tranches d'âge tarifaires :

- jusqu'à 40 ans
- de 41 jusqu'à 45 ans
- de 46 jusqu'à 55 ans
- à partir de 56 ans

Paiement de la prime

20.4 Les primes sont dues à l'avance par le preneur d'assurance pour une période d'assurance complète.

20.5 En cas de paiement échelonné, l'assureur peut appliquer un supplément.

20.6 Pour les salariés, la prime anticipée découle des prévisions de salaire et est décomptée en début d'année suivante sur la base des masses salariales définitives.

Déclaration des masses salariales

20.7 L'assureur demande en fin d'année au preneur d'assurance de déclarer les masses salariales sous 30 jours au moyen du formulaire de déclaration. L'assureur établit ensuite le décompte définitif de la prime pour l'année précédente.

20.8 Si le preneur d'assurance ne s'acquitte de son obligation de déclaration, les primes sont fixées d'après l'estimation de l'assureur.

20.9 L'assureur ou les tiers qu'il aura mandatés peuvent vérifier à tout moment les données fournies par le preneur d'assurance en consultant tous les documents déterminants (p. ex. livres de paie, décompte des salaires etc.).

20.10 Le preneur d'assurance autorise l'assureur à consulter directement ses dossiers auprès de la caisse de compensation AVS.

Remboursement de la prime

20.11 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.

20.12 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 en cas de sinistre conformément au point 7.14.

Retard de paiement

20.13 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.

20.14 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.

21. Qu'en est-il des modifications de primes ?

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

Si la tarification empirique a été convenue contractuellement, l'assureur peut adapter les primes pour la fin du contrat en fonction du déroulement individuel des prestations. L'année d'assurance en cours et les 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.

21.2 Modification du taux de prime en fonction des tranches d'âge

Pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et si par ailleurs aucun salarié n'est assuré, les taux de

prime peuvent être adaptés aux tarifs en vigueur pour l'âge actuel des personnes assurées.

21.3 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).

21.4 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'année. 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.

22. 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.

23. Qu'en est-il en cas de transfert dans l'assurance individuelle ?

23.1 Droit de transfert

En cas de sortie du cercle des assurés ou de résiliation du présent contrat, les personnes domiciliées en Suisse ont le droit d'être transférées dans l'assurance individuelle. Le droit de transfert est valable pendant les 90 jours qui suivent la sortie, la résiliation du contrat ou la fin du droit aux prestations.

23.2 Obligation d'information du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance doit informer par écrit les personnes sortant du cercle des assurés de la poursuite possible de leur couverture d'assurance sous forme d'assurance individuelle et du délai d'exercice de cette possibilité au plus tard à l'expiration du contrat ou à la date de leur sortie. La personne assurée doit faire valoir à l'encontre du preneur d'assurance les éventuels droits en justice qui s'exercent en cas de non-information, sous réserve de dispositions légales impératives.

Si le preneur d'assurance n'a pas informé par écrit la personne assurée dans les délais impartis ou s'il ne peut pas fournir la preuve correspondante, il doit indemniser l'assureur si celui-ci demeure tenu ou est responsable à l'égard de la personne assurée. Il doit néanmoins la différence de prime perdue à l'assureur.

23.3 Exclusion du droit de transfert

Il n'y a pas droit de transfert :

- après épuisement de la durée complète des prestations convenue dans la police ;

- lorsque la personne atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS ou en cas de retraite anticipée ;
- pour les personnes domiciliées à l'étranger ;
- pour les personnes percevant de l'extension de la durée des prestations;
- pour les personnes en période d'essai ;
- pour les personnes ayant un contrat de travail saisonnier ou à durée déterminée;
- en cas de changement d'emploi et de transfert concomitant dans l'assurance collective indemnités journalières du nouvel employeur ou en cas de dissolution de la présente assurance et de sa poursuite auprès d'un autre assureur pour le même cercle de personnes, notamment si le nouvel assureur doit garantir la poursuite de la couverture d'assurance en vertu d'accords de libre circulation ;
- en cas de prétention frauduleuse selon l'art. 40 de la LCA.

Autres conditions

- 23.4 L'assurance individuelle débute immédiatement après la fin de la couverture d'assurance dans l'assurance collective.
- 23.5 Les conditions et primes de l'assurance individuelle s'appliquent.
- 23.6 L'état de santé au moment de l'admission dans l'assurance collective de l'assureur est déterminant.
- 23.7 La couverture d'assurance, avec toutes les éventuelles réserves convenues, est transférée dans l'assurance individuelle.
- 23.8 Pour les indemnités journalières assurées jusqu'ici, la couverture d'assurance est octroyée à la personne assurée dans le cadre des conditions et primes de l'assurance individuelle en vigueur, sans examen de santé. Le dernier salaire assuré de la présente assurance sert de base pour le salaire assurable de l'assurance individuelle. Est cependant assurable au maximum le montant qui résulte ou résulterait de l'indemnité de chômage. Le délai d'attente peut être raccourci, toutefois pas en-dessous de 30 jours.
- 23.9 La nouvelle prime est calculée selon le tarif individuel, en fonction toutefois de l'âge au moment de l'admission dans l'assurance individuelle. Il n'est pas octroyé de prestations dépassant le montant et la durée des précédentes.
- 23.10 Les prestations fournies par l'assurance-maladie collective sont imputées aux prestations de l'assurance individuelle indemnités journalières.

24. Quel tribunal est compétent ?

Pour les litiges découlant du contrat, la partie demanderesse a le droit de choisir le tribunal du domicile

suisse du preneur d'assurance, de la personne assurée ou de l'ayant droit, ou du siège de l'assureur à Zurich.

25. 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.

26. 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

27. 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

28. Qui est votre assureur ?

Chubb Assurances (Suisse) SA
Bärenegasse 32
8001 Zurich