

Assurance d'indemnité journalière en cas de maladie (IJM)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Version 2019-5

Sommaire

Assurance d'indemnité journalière
en cas de maladie (IJM)
Conditions générales d'assurance
(CGA) pour la Suisse

1.	Bases de l'assurance	3
1.1.	Assureur	3
1.2.	Bases du contrat	3
1.3.	Objet de l'assurance	3
1.4.	Preneur d'assurance	3
1.5.	Personnes assurées	3
1.6.	Validité territoriale	4
1.7.	Validité temporelle	4
1.8.	Formulation au masculin et au féminin	4
2.	Prestations d'assurance	4
2.1.	Etendue des prestations	4
2.2.	Conditions régissant les prestations	5
2.3.	Gain assuré	5
2.4.	Couverture maximale	6
2.5.	Durée d'allocation des prestations	6
2.6.	Restitution	7
2.7.	Versement des prestations	7
3.	Restrictions de l'étendue de l'assurance	8
3.1.	Exclusions des prestations	8
3.2.	Restrictions des prestations	8
3.3.	Négligence grave	8
3.4.	Durée minimale des prestations (selon barème)	9
4.	Début, durée et fin de la couverture d'assurance	9
4.1.	Début de la couverture d'assurance sans questionnaire de santé	9
4.2.	Examen individuel avec questionnaire de santé	9
4.3.	Fin de la couverture d'assurance	10
4.4.	Couverture d'assurance après épuisement de la durée maximale de versement des prestations	10
4.5.	Passage dans l'assurance individuelle	10
5.	Début, durée et fin du contrat d'assurance	11
5.1.	Début du contrat d'assurance	11
5.2.	Durée du contrat d'assurance	11
5.3.	Fin du contrat d'assurance	11
6.	Primes	12
6.1.	Calcul des primes	12
6.2.	Paiement des primes	12
6.3.	Exonération de prime en cas de sinistre	13
6.4.	Adaptation des primes	13
6.5.	Participation aux excédents	13
7.	Droits et obligations en cas de sinistre	14
7.1.	Obligations en cas de sinistre	14
7.2.	Réduction du dommage	14
7.3.	Obligation de renseigner	14
7.4.	Infraction à l'obligation de collaborer	14
7.5.	Impôt à la source	14
8.	Prestations de tiers	15
8.1.	Coordination	15
8.2.	Surindemnisation	15
9.	Données des clients et protection des données	16
10.	Dispositions finales	18
10.1.	Compensation	18
10.2.	Cession et mise en gage	18
10.3.	Validité territoriale	18
10.4.	Communications	18
10.5.	For	18
10.6.	Communications obligatoires du preneur d'assurance	18
10.7.	Obligation d'informer du preneur d'assurance	18
10.8.	Langue officielle	18
11.	Glossaire	19
11.1.	Liste des abréviations utilisées	19

1. Bases de l'assurance

1.1. Assureur

L'assureur est Elips Assurances SA, Triesen LI, ci-après elipsLife.

1.2. Bases du contrat

Le contrat d'assurance se compose de l'offre ou de la proposition, éventuelles déclarations de santé comprises, de la police d'assurance, des conditions particulières (CP) mentionnées dans la police d'assurance et des présentes conditions générales d'assurance (CGA). Dans la mesure où une question n'est pas réglée expressément dans le contrat d'assurance, la loi sur le contrat d'assurance (LCA) est applicable.

1.3. Objet de l'assurance

L'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie pour entreprises est une assurance de risque qui couvre la perte de salaire occasionnée par une incapacité de travail à la suite de maladie. La couverture de la perte de salaire par suite d'accident pour les indépendants sans assurance-accidents facultative, une indemnité de naissance en complément de l'allocation de maternité selon l'allocation pour perte de gain (APG) et le salaire post mortem conformément à l'art. 338, al. 2, du code des obligations (CO) peuvent être inclus dans l'assurance. L'obligation de l'assureur porte sur le sinistre effectivement survenu (assurance de dommages) jusqu'à concurrence de la somme d'assurance convenue dans le contrat.

1.4. Preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est l'entreprise décrite dans la police d'assurance avec les entités qui en font partie ou plus exactement la personne physique qui conclut le contrat.

1.5. Personnes assurées

1.5.1. Travailleurs

Sont assurés les personnes physiques ou groupes de personnes mentionnés dans la police d'assurance qui:

- a) ont conclu un contrat de travail avec le preneur d'assurance et
- b) sont assujettis à l'assurance-vieillesse et survivants (AVS).

En font partie:

- a) Les salariés du preneur d'assurance, y compris les membres de leur famille travaillant dans l'entreprise et cotisant à l'AVS, ainsi que les personnes relevant d'une convention particulière,
- b) s'ils sont mentionnés nommément, les indépendants au sens de l'AVS ainsi que les membres de leur famille travaillant dans l'entreprise et ne cotisant pas à l'AVS,
- c) les apprentis soumis à l'assurance-accidents obligatoire (LAA).

Les personnes qui continuent de travailler après avoir atteint l'âge AVS font partie du cercle de personnes assurées jusqu'à leurs 70 ans révolus, dans la mesure où elles travaillaient déjà pour le preneur d'assurance lorsqu'elles ont atteint l'âge AVS et qu'elles étaient entièrement aptes au travail. Les personnes au bénéfice d'une autorisation frontalière (permis G) sont assurées aux mêmes conditions.

1.5.2. Assurance sur la base d'une convention particulière

Ne sont assurés que sur la base d'une convention particulière:

- a) les auxiliaires temporaires (c'est-à-dire les auxiliaires au bénéfice d'un contrat d'une durée maximale de trois mois),
- b) les travailleurs à domicile au sens de l'art. 351 CO,
- c) les personnes soumises à la loi suisse sur les assurances sociales et domiciliées à l'étranger qui ne sont ni des personnes au bénéfice d'une autorisation frontalière (permis G), ni des personnes au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée, ni des travailleurs détachés.

1.5.3. Personnes avec masse salariale annuelle fixe

Les indépendants au sens de l'AVS ainsi que les membres de leur famille travaillant dans l'entreprise et ne cotisant pas à l'AVS sont assurés uniquement dans la mesure où ils sont mentionnés nommément dans la police d'assurance avec indication du montant de leur masse salariale fixe.

Les gérants considérés comme salariés en vertu des dispositions légales peuvent, sur demande, assurer un montant de masse salariale fixe. L'obligation de l'assureur porte sur le sinistre effectivement survenu (assurance de dommages) jusqu'à concurrence de la somme d'assurance convenue dans le contrat.

1.5.4. Personnes non assurées

Sont exclues de l'assurance:

- a) le personnel prêté au preneur d'assurance par des entreprises tierces,
- b) les personnes qui travaillent pour l'entreprise assurée sur la base de mandats.

1.6. Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

1.7. Validité temporelle

elipsLife fournit les prestations assurées pendant la durée contractuelle mentionnée dans la police d'assurance, mais au maximum jusqu'à l'expiration du contrat d'assurance. Demeurent réservées les dispositions relatives à la couverture prolongée.

1.8. Formulation au masculin et au féminin

elipsLife s'engage en faveur du principe de l'égalité entre hommes et femmes. Il est renoncé par souci de lisibilité à la mention simultanée de la graphie au masculin et au féminin.

2. Prestations d'assurance

2.1. Etendue des prestations

2.1.1. Généralités

Les prestations assurées sont convenues entre le preneur d'assurance et elipsLife et se déterminent en fonction de l'étendue de la couverture d'assurance convenue et des présentes conditions générales.

2.1.2. Indemnité journalière

L'indemnité journalière assurée est versée pendant la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement, après l'expiration du délai d'attente convenu contractuellement. En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est versée en fonction du degré de l'incapacité de travail. Pour le calcul du délai d'attente et de la durée des prestations, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme des jours entiers.

2.1.3. Poursuite du versement du salaire

En cas d'incapacité de travail qui relève de rechutes ou de séquelles tardives d'accidents antérieurs qui n'étaient pas assurés ou ne relèvent plus d'une obligation de prestations issues de l'assurance antérieure, elipsLife alloue des prestations selon les dispositions de prestations et de durée des prestations de l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie. Le délai de carence convenu contractuellement de l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie est imputé sur la durée des prestations.

2.1.4. Salaire post mortem

En cas de décès d'une personne assurée à la suite d'une maladie couverte par l'assurance, l'assureur prend en charge l'obligation de paiement du salaire du preneur d'assurance au sens de l'art. 338, al. 2, CO, dans la mesure où cela est expressément prévu. En complément de l'art. 338, al. 2, CO, cette disposition est applicable également aux personnes exerçant une activité indépendante.

L'éventuelle obligation contractée par le preneur d'assurance de prendre en charge le paiement du salaire pour une durée supplémentaire, en complément à la réglementation légale, n'est pas prise en considération.

2.1.5. Indemnité de naissance

L'indemnité de naissance complète l'allocation de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG). Elle n'est pas versée si le contrat de travail de la personne assurée prend fin avant la naissance. L'obligation de verser des prestations en cas de maladie ou d'accident est suspendue pendant la durée du droit à l'allocation de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG) ou du droit à une indemnité de naissance.

2.1.6. Allocations familiales

Les allocations pour enfants et les allocations de formation des caisses de compensation pour allocations familiales sont assurées sans complément de prime à titre de composantes du revenu assuré. Le droit aux prestations prend effet après expiration du délai de carence convenu dans la police, au plus tôt cependant à partir du cinquième mois civil.

2.2. Conditions régissant les prestations

2.2.1. Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, psychique ou mentale qui n'est due ni à un accident ni à une maladie professionnelle et qui exige un examen ou un traitement médical ou entraîne une incapacité de travail. Les problèmes de santé consécutifs à une grossesse ou à un accouchement sont considérés comme maladie.

2.2.2. Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, psychique ou mentale ou qui entraîne la mort.

2.2.3. Incapacité de travail

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

Il y a incapacité partielle de travail lorsque le degré de l'incapacité de travail est de 25 pour cent au moins.

L'allocation de l'indemnité journalière est subordonnée à la présentation d'un certificat médical attestant l'incapacité de travail de la personne assurée. Le certificat peut être antidaté de trois jours au maximum.

2.2.4. Décès

Le décès doit avoir été provoqué par une maladie ou un accident; un certificat de décès doit être établi.

2.2.5. Maternité

Le droit à l'indemnité de naissance naît avec le droit à l'allocation de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG).

2.3. Gain assuré

2.3.1. Généralités

L'indemnité journalière correspond au gain assuré divisé par 365. L'indemnité journalière ainsi calculée est versée pour chaque jour civil considéré. Les prestations de tiers sont prises en compte (assurance de dommages).

2.3.2. Somme des salaires AVS

L'indemnité journalière est calculée à partir du dernier salaire assujéti à l'AVS perçu auprès du preneur d'assurance avant le cas d'assurance, y compris à partir des composantes salariales non encore payées et auxquelles le travailleur a droit. Les revenus provenant d'activités exercées ailleurs ne sont pas pris en considération.

Si les revenus sont soumis à de fortes fluctuations (par exemple rémunération à la commission, participations au chiffre d'affaires, travail irrégulier d'auxiliaire, etc.), l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu au cours des douze mois précédant l'incapacité de travail. Si la période précédant l'incapacité de travail est inférieure à douze mois, l'indemnité journalière est calculée au prorata.

Les augmentations et les diminutions de salaire résultant de la modification du taux d'occupation ou les adaptations générales de salaire (par exemple dans des conventions collectives de travail) ne sont prises en considération que si celles-ci ont déjà été convenues par écrit avant la survenance de l'incapacité de travail. Pour la couverture du risque décès, la somme assurée sert de base de calcul.

2.3.3. Somme des salaires fixe

Pour les personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, le montant de salaire fixe convenu par avance sert de base de calcul (il se compose du salaire AVS et des frais d'acquisition, c'est-à-dire des coûts en lien avec l'obtention des revenus).

Avant toute augmentation de la somme de salaire fixe convenue, la personne assurée doit systématiquement se soumettre à un nouvel examen médical ou à un nouvel examen de sa situation économique. Un éventuel refus de la proposition par elipsLife ne porte que sur l'augmentation d'assurance demandée.

2.4. Couverture maximale

Le montant du salaire maximal assurable par personne et par année est fixé dans le contrat et est généralement limité à 250 000 CHF.

2.5. Durée d'allocation des prestations

2.5.1. Principe

elipsLife fournit les prestations assurées pendant la durée d'allocation des prestations mentionnée dans la police d'assurance, mais au maximum jusqu'à l'expiration du contrat d'assurance. Demeurent réservées les dispositions relatives à la couverture prolongée. La durée des prestations se mesure par cas d'assurance. Si un sinistre supplémentaire survient pendant un cas d'assurance en cours, les indemnités journalières déjà touchées au titre du premier cas sont imputées sur la durée des prestations du deuxième.

2.5.2. Délai d'attente

Le droit aux prestations prend naissance à l'expiration du délai d'attente convenu. Le délai d'attente débute le premier jour de l'incapacité de travail attestée par un médecin, mais au plus tôt trois jours avant le premier acte médical. Le délai d'attente est calculé par cas d'assurance. Pour le calcul du délai d'attente et de la durée des prestations, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme des jours entiers.

2.5.3. Rechute

La réapparition d'une maladie ou de séquelles d'un accident (rechute) est considérée comme un nouveau cas d'assurance lorsque, depuis la dernière apparition de la même maladie ou des mêmes séquelles d'accident, la personne assurée a été capable de travailler pendant 12 mois sans interruption. Est déterminant à cet égard le taux d'occupation au moment de la survenance du sinistre. Le délai d'attente déjà pris en compte n'est pas défalqué une nouvelle fois en cas de rechute avérée.

2.5.4. Prolongation de la durée de versement des prestations

Pour les personnes présentant une incapacité de travail totale ou partielle à la fin de leurs rapports de travail ou à la dissolution de leur contrat d'assurance à la suite d'une faillite, le versement des prestations est prolongé provisoirement en cas de survenance d'un événement assuré.

Le droit à l'allocation des prestations est maintenu jusqu'à la fin de ce cas donnant droit à des prestations, mais tout au plus jusqu'à l'expiration de la durée d'allocation convenue. Les rechutes ne donnent pas droit à des prestations supplémentaires.

La prolongation de la durée de versement des prestations n'est pas appliquée:

- a) si un autre assureur doit accorder la continuation du versement des prestations d'indemnité journalière en vertu de l'accord de libre passage,
- b) en cas de résiliation des rapports de travail pendant la période d'essai,
- c) à la fin d'un contrat de travail à durée déterminée, à l'exception des contrats d'apprentissage,
- d) en cas de départ à la retraite, même s'il s'agit d'une retraite anticipée,
- e) pour les salariés domiciliés à l'étranger (ne s'applique pas aux personnes au bénéfice d'une autorisation frontalière [permis G]).

Lorsqu'une prolongation de la durée de versement des prestations est exclue, les dispositions sur le passage dans l'assurance individuelle sont applicables.

2.5.5. Durée des prestations en cas de maternité

S'il existe un droit à une allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG), l'indemnité journalière assurée est versée pendant 112 jours au maximum à compter de la naissance, déduction faite de l'allocation de maternité. Le droit à l'indemnité de naissance prend fin dans tous les cas lorsque l'assurée reprend son activité avant la fin de la durée des prestations.

L'indemnité de naissance est versée sans prise en compte d'un quelconque délai d'attente, et aucune imputation n'a lieu sur la durée maximale de prestations convenue en cas de maladie et d'accident.

2.5.6. Durée des prestations à l'âge AVS

Les personnes assurées qui continuent de travailler après avoir atteint l'âge normal de la retraite AVS ou après une retraite anticipée ont droit à l'indemnité journalière assurée jusqu'à l'acquittement par l'employeur de son obligation de poursuivre le versement du salaire, mais au maximum pendant encore 180 jours au total à partir de la retraite normale ou de la retraite anticipée et au plus jusqu'à l'âge de 70 ans révolus. Le délai de carence est imputé sur la durée des prestations. La durée des prestations raccourcie conformément à la présente disposition s'applique également à l'ensemble des cas d'assurance déjà en cours à la date de la poursuite de l'activité après l'âge de la retraite.

2.5.7. Imputation en cas de reprise du contrat

En cas de reprise du contrat ou de renouvellement du contrat, les prestations déjà versées par des assureurs antérieurs sont imputées sur la durée des prestations.

2.5.8. Prestations en cas de décès

elipsLife verse les prestations assurées après présentation du certificat de décès. Demeurent réservées les dispositions relatives à l'exclusion de prestations ressortant de l'art. 3.1.

2.6. Restitution

Toute prestation touchée par erreur ou indûment doit être remboursée à elipsLife.

2.7. Versement des prestations

2.7.1. Versement d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident

L'indemnité journalière est versée après recouvrement de la capacité de travail sur la base du certificat médical. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, l'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu. L'indemnité journalière est versée au preneur d'assurance pour être reversée aux assurés aussi longtemps que ceux-ci sont employés par le preneur d'assurance.

2.7.2. Versement du salaire post mortem

Après réception du certificat officiel de décès, le salaire post mortem assuré est versé au preneur d'assurance pour transmission aux proches du défunt.

3. Restrictions de l'étendue de l'assurance

3.1. Exclusions des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les séquelles d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur,
- b) lorsque l'attestation d'une incapacité de travail a été établie par un médecin ou chiropraticien non reconnu par elipsLife. Une attestation d'incapacité de travail remise par un médecin étranger est également acceptée pour les personnes ayant le statut de travailleur détaché ou bénéficiant d'une autorisation frontalière (permis G).
- c) en cas de participation à des actes de guerre, des troubles ou des actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger,
- d) pour les maladies et les accidents consécutifs à une participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes de violence,
- e) lorsque, en dépit d'une sommation, aucun paiement n'est intervenu de la part du preneur d'assurance à l'échéance du délai de sommation,
- f) lorsque le contrat d'assurance a pris fin, sous réserve d'une couverture prolongée
- g) pendant la durée d'un congé sans solde ou en cas de privation de liberté due à l'exécution d'une peine ou d'une mesure,
- h) lorsque, la personne assurée touche ou tente de toucher intentionnellement et de manière illicite des prestations,
- i) lorsqu'un accident a été provoqué intentionnellement,
- j) en cas d'atteinte à la santé par suite de l'effet de rayons ionisants,
- k) lorsqu'une personne assurée percevant des prestations versées par elipsLife quitte provisoirement la Suisse sans obtenir l'accord d'elipsLife quatre semaines au moins avant son départ, et ce, jusqu'à son retour en Suisse; la personne assurée est tenue de fournir une attestation d'aptitude à prendre des vacances de la part du médecin traitant; elipsLife se réserve le droit d'obtenir en sus une recommandation de la part du médecin-conseil; cette restriction ne concerne pas les frontaliers en cas de séjour dans leur pays de domicile.
- l) pendant un séjour à l'étranger. Pendant toute la durée d'une hospitalisation à l'étranger, les prestations assurées sont versées intégralement,
- m) pour toutes les personnes assurées citées nommément dans la police, un délai de carence de 270 jours s'applique en cas de maternité après la conclusion du contrat. Ce délai concerne aussi les maladies liées à des complications au cours de la grossesse et les prétentions concernant l'indemnité de naissance.
- n) à la suite d'interventions médicales ou chirurgicales qui n'étaient pas rendues nécessaires par un événement assuré.

3.2. Restrictions des prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- a) lorsque les conséquences d'un accident provoqué intentionnellement ne sont que partiellement la cause de l'incapacité de travail;
- b) lorsque la personne assurée s'oppose gravement et à plusieurs reprises aux décisions d'elipsLife ou aux instructions du médecin;
- c) si sur le questionnaire de santé ou lors de l'examen de la situation économique, le preneur d'assurance a inexactement déclaré ou omis de déclarer un fait important qu'il connaissait ou devait connaître;
- d) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas produits dans les quatre semaines; les prestations minimales (durée des prestations selon l'art. 3.4. des présentes CGA) sont néanmoins versées dans tous les cas.

3.3. Négligence grave

elipsLife renonce à son droit de restreindre les prestations d'assurance dans les cas de prestation pour lesquels une maladie a été provoquée par négligence grave.

3.4. Durée minimale des prestations (selon barème)

Les prestations minimales sont versées:

- a) en cas de maladies ou d'accidents consécutifs à des événements de guerre qui ont débuté plus de 14 jours avant la survenance de l'incapacité de travail,
- b) au titre des conséquences de tremblements de terre et de catastrophes naturelles,
- c) en cas d'épidémies ou de pandémies.

La durée des prestations se détermine selon le barème suivant, par analogie à l'obligation de l'employeur de verser le salaire, en fonction de la durée des rapports de travail au sein de l'entreprise assurée:

Durée des rapports de travail	Durée d'allocation des prestations
Entre 3 à 12 mois	3 semaines
jusqu'à 3 ans	9 semaines
jusqu'à 9 ans	13 semaines
jusqu'à 15 ans	17 semaines
jusqu'à 20 ans	22 semaines
jusqu'à 25 ans	27 semaines
jusqu'à 30 ans	31 semaines
plus de 30 ans	36 semaines

Le niveau des prestations se détermine conformément aux prestations assurées dans le contrat d'indemnité journalière en cas de maladie.

Lorsque des personnes au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée reviennent chaque année dans l'entreprise assurée, la durée d'engagement est calculée sur la base du total des mois de travail accomplis au sein de l'entreprise.

4. Début, durée et fin de la couverture d'assurance

4.1. Début de la couverture d'assurance sans questionnaire de santé

La couverture d'assurance pour travailleurs commence à la date du début des rapports de travail définie dans le contrat de travail, au plus tôt cependant le jour de l'entrée en vigueur du contrat indiqué dans la police d'assurance.

L'admission s'effectue sans réserve et sans déclaration de santé. Les atteintes à la santé préexistantes sont également assurées. Les personnes qui ne sont pas entièrement aptes au travail à la date de début de l'assurance ou le jour du commencement de leur travail ne sont assurées qu'une fois qu'elles sont de nouveau entièrement aptes au travail dans le cadre de leur contrat de travail.

4.2. Examen individuel avec questionnaire de santé

Les indépendants et les membres de leur famille travaillant dans l'entreprise sans salaire AVS ainsi que les petites entreprises de cinq collaborateurs au plus doivent demander individuellement leur admission dans l'assurance lors du début du contrat. elipsLife procède à une vérification de la masse salariale assurée et à un examen de santé. La couverture d'assurance commence uniquement lorsqu'elipsLife a confirmé l'admission par écrit.

4.3. Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend fin pour la personne assurée:

- a) avec la cessation de ses rapports de travail avec le preneur d'assurance,
- b) au moment du départ à la retraite, retraite anticipée comprise,
- c) lorsqu'elle a atteint l'âge de 70 ans révolus en cas de poursuite de son activité après l'âge de la retraite,
- d) en cas d'interruption volontaire du travail sans droit au salaire, à l'exception des interruptions de travail suite à une maladie, un accident, une grossesse ou en cas de service dans l'armée suisse ou dans la protection civile. Pendant la durée d'un congé sans solde, l'assurance est maintenue pendant 210 jours, dans la mesure où le rapport de travail est maintenu. Pendant la durée prévue du congé sans solde, l'assuré n'a pas droit aux prestations et aucune prime n'est due. Si la personne assurée tombe malade pendant le congé sans solde, les jours du début de l'incapacité de travail jusqu'à la reprise prévue du travail sont imputés sur le délai d'attente et la durée des prestations. Les devoirs de coopération en cas de sinistre sont applicables conformément aux présentes CGA. Cette disposition s'applique par analogie aux interruptions de travail dues à l'exécution d'une peine ou d'une mesure.
- e) au décès de la personne assurée,
- f) lorsque le contrat d'assurance prend fin,
- g) pendant la suspension de l'obligation de fournir des prestations consécutive à un retard de paiement de la part du preneur d'assurance.

Au sens de l'art. 10 LACI sont également applicables les dispositions de l'art. 100, al. 2, LCA.

4.4. Couverture d'assurance après épuisement de la durée maximale de versement des prestations

Si une personne est toujours employée après épuisement de la durée maximale de versement des prestations et qu'une nouvelle maladie survient, alors la couverture d'assurance produit ses effets à hauteur de l'incapacité de travail provoquée par cette nouvelle pathologie. La couverture d'assurance porte au maximum sur la capacité de travail résiduelle.

Les personnes partiellement invalides sont assurées dans le cadre de leur capacité de travail résiduelle ainsi que de leur taux d'occupation.

4.5. Passage dans l'assurance individuelle

4.5.1. Droit de passage

Toute personne assurée domiciliée en Suisse peut passer dans l'assurance individuelle sans examen de santé:

- a) lorsqu'elle cesse d'appartenir au cercle des assurés de l'assurance collective,
- b) lorsqu'elle n'a plus droit au versement de prestations, ou
- c) lorsque le contrat d'assurance prend fin.

Le droit de passage doit être exercé par écrit dans les trois mois qui suivent la sortie du cercle des personnes assurées. L'assurance individuelle produit ses effets le jour qui suit celui où l'intéressé a cessé d'appartenir au cercle des personnes assurées ou n'a plus droit au versement de prestations ou le lendemain de l'expiration du contrat d'assurance. Sont applicables les conditions et les tarifs de l'assurance individuelle valables au moment du passage. Les dispositions relatives à la prolongation de la durée de versement des prestations demeurent réservées.

4.5.2. Devoir d'information de l'employeur

En prévision de la cessation du rapport de travail, le preneur d'assurance doit informer la personne assurée de son droit de passage dans l'assurance individuelle et du délai imparti en la matière.

4.5.3. Etendue de la continuation de l'assurance

elipsLife accorde à la personne concernée par le passage les prestations assurées au moment de celui-ci, et ce, aux conditions et aux tarifs en vigueur pour l'assurance individuelle. Toutefois, le délai de carence s'élève au moins à 30 jours, dans tous les cas.

Le montant de l'indemnité journalière se limite dans ce cadre au salaire visé après le passage ou à la prestation de l'assurance-chômage (AC) et ne peut excéder les prestations assurées jusqu'alors ou le montant maximal de l'indemnité journalière assurable dans le cadre de l'assurance individuelle. Les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative peuvent s'assurer à hauteur de la rente AVS maximale simple. Pour les chômeurs au sens de l'art. 10 LACI sont également applicables les dispositions de l'art. 100, al. 2, LCA.

4.5.4. Imputation de prestations déjà perçues

Les prestations déjà perçues

- a) au titre de la présente assurance collective,
- b) auprès d'assureurs antérieurs

sont imputées sur la durée des prestations de l'assurance individuelle.

4.5.5. Exclusion du droit de passage

Aucun droit de passage n'est accordé

- a) lorsqu'une personne assurée change d'emploi et passe dans l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie de son nouvel employeur,
- b) si le preneur d'assurance a souscrit un nouveau contrat d'assurance pour ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur et que cet assureur doit garantir le maintien de la couverture d'assurance sur la base de l'accord de libre circulation de SVV et de Santésuisse,
- c) tant que des prestations sont allouées dans le cadre de la couverture prolongée du risque,
- d) en cas de départ anticipé ou normal de la personne assurée à la retraite,
- e) tant que la couverture n'est que provisoire,
- f) après l'épuisement de la durée maximale des prestations de cette assurance,
- g) pour les indépendants et les membres de leur famille travaillant dans l'entreprise et ne cotisant pas à l'AVS,
- h) au début d'une activité lucrative indépendante,
- i) lorsque la personne assurée n'est pas domiciliée en Suisse,
- j) pour les personnes dont les rapports de travail prennent fin pendant leur période d'essai ou ont duré moins de trois mois, et pour les personnes engagées à durée déterminée, sauf si ces personnes sont considérées, immédiatement après leur départ du cercle des personnes assurées, comme étant au chômage au sens de l'art. 10 LACI,
- k) en cas de tentative de fraude ou de fraude avérée à l'assurance par la personne assurée ou de manquement à son obligation de déclarer.

Pour les chômeurs au sens de l'art. 10 LACI sont applicables les dispositions de l'art. 100, al. 2, LCA.

5. Début, durée et fin du contrat d'assurance

5.1. Début du contrat d'assurance

L'assurance débute à la date convenue dans la police d'assurance. L'assurance peut être conclue à tout moment, y compris en cours d'année civile.

5.2. Durée du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu pour la durée mentionnée dans la police d'assurance. La durée minimale du contrat est d'une année civile. Au terme de la durée contractuelle convenue, le contrat est reconduit tacitement d'année en année s'il n'est pas résilié dans le délai prévu par le contrat.

5.3. Fin du contrat d'assurance

5.3.1. Résiliation

Le contrat d'assurance peut être résilié par écrit par l'un ou l'autre partenaire contractuel pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois. La résiliation est possible pour la première fois avec effet à la date d'échéance mentionnée dans la police d'assurance.

5.3.2. Expiration du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance prend fin avec effet immédiat:

- a) dès que le preneur d'assurance cesse son activité,
- b) dès qu'il transfère son siège social à l'étranger,
- c) dès qu'une procédure de faillite est ouverte à son encontre.

5.3.3. Dénonciation par elipsLife

elipsLife n'est pas liée au contrat et peut le résilier dans les cas suivants:

- a) en cas d'arriérés de primes conformément aux dispositions régissant les retards de paiement,
- b) si le preneur d'assurance ou la personne assurée a omis de lui déclarer ou lui a inexactement déclaré un fait important, et que le preneur d'assurance ou la personne assurée a ainsi enfreint son obligation de déclarer (réticence). Si le contrat d'assurance porte sur plusieurs personnes et que la réticence n'en concerne que quelques-unes, l'assurance continue alors de produire ses effets pour les autres personnes assurées. elipsLife n'est plus tenue de verser des prestations pour des sinistres déjà survenus, dont la survenance ou l'étendue ont été influencées par les dangers non déclarés. Si des prestations ont déjà été versées pour ces dommages, elipsLife peut demander leur remboursement.

5.3.4. Renonciation au droit de résiliation en cas de sinistre

elipsLife renonce expressément au droit que lui confère la loi de résilier le contrat en cas de sinistre. La résiliation à la date d'échéance du contrat demeure réservée.

6. Primes

6.1. Calcul des primes

Est déterminante pour le calcul de la prime la masse salariale brute soumise à l'AVS réalisée dans l'entreprise assurée, mais au maximum le revenu assurable maximal convenu dans la police par personne et par année. Les salaires bruts de personnes non assujetties à l'AVS sont également pris en considération dans le calcul des primes. Si un montant de masse salariale fixe a été convenu par avance pour certaines personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, c'est alors ce montant qui sert de base de calcul. Le taux de prime de la masse salariale assurée est précisé dans la police d'assurance pour le produit considéré.

6.2. Paiement des primes

6.2.1. Facturation et échéance

Le preneur d'assurance doit s'acquitter des primes de manière anticipée au plus tard à la date d'échéance fixée. Le montant des acomptes facturés est déterminé en fonction de la masse salariale définitive de la dernière année civile clôturée.

6.2.2. Décompte final

Après expiration de l'année civile, elipsLife fait parvenir au preneur d'assurance un formulaire de déclaration. Le preneur d'assurance dispose d'un mois pour renvoyer à elipsLife la déclaration de la masse salariale dûment complétée accompagnée des documents nécessaires (déclaration AVS, listes des assurés, décomptes de salaires, etc.). Sur la base de ces indications, elipsLife calcule les montants définitifs des primes et établit un décompte final correspondant. Si le solde débiteur ou créditeur est inférieur à 10 CHF, il ne sera procédé à aucun paiement complémentaire ni à aucun remboursement. Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de déclarer sa masse salariale ou en l'absence de chiffres relatifs à l'année précédente, elipsLife peut fixer le décompte final ainsi que le montant des futurs acomptes de primes sur la base d'une estimation.

6.2.3. Consultation de la comptabilité salariale

elipsLife a le droit de consulter la comptabilité des salaires du preneur d'assurance.

6.2.4. Remboursement de primes

Si la prime a été payée par avance pour une certaine durée contractuelle et que le contrat d'assurance prend fin pour des raisons légales ou contractuelles avant l'expiration de la durée de contrat convenue, elipsLife rembourse la prime afférente à la durée de contrat non échue et renonce à exiger le paiement des primes arrivées à échéance ultérieurement. La prime pour la période d'assurance en cours est due dans son intégralité si le preneur d'assurance résilie le contrat à la suite d'un sinistre alors que celui-ci était en vigueur depuis moins d'une année au moment de la résiliation.

6.2.5. Retard de paiement

Si le preneur d'assurance ne verse pas les primes en temps, elipsLife somme le débiteur par écrit de s'acquitter des primes en souffrance, augmentées de frais de rappel de 50 CHF, dans un délai de 14 jours. Le rappel signale au preneur d'assurance les conséquences induites par l'inobservation de l'obligation de payer. Si, en dépit du rappel, la prime en souffrance n'est pas acquittée à l'échéance du délai de sommation, l'obligation de fournir des prestations est suspendue dès l'expiration du délai de sommation, et ce, jusqu'au paiement intégral des primes en souffrance, intérêts et frais administratifs compris.

Les cas de prestation survenant durant la suspension de l'obligation de fournir des prestations ne donnent droit à aucune prestation, même en cas de paiement ultérieur de la prime en souffrance. Si elipsLife n'engage pas de poursuites juridiques pour le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois suivant l'expiration du délai de sommation, le contrat d'assurance prend fin.

6.3. Exonération de prime en cas de sinistre

Le salaire d'un bénéficiaire d'une indemnité journalière est exonéré du paiement des primes. Le salaire du bénéficiaire d'une indemnité journalière est déduit de la masse salariale avant toute déclaration de cette dernière. Cette règle ne concerne pas les personnes assurées qui sont mentionnées dans la police d'assurance avec indication d'une masse salariale fixe.

6.4. Adaptation des primes

elipsLife est autorisée à adapter les primes pour l'année civile suivante en fonction du cours individuel des sinistres. Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant l'expiration d'une année civile. Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance avec effet à la fin de l'année d'assurance en cours. A défaut de résiliation, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée.

6.5. Participation aux excédents

Si une participation aux éventuels excédents est convenue, le droit en question commence à la fin de l'année au cours de laquelle une période contractuelle de trois ans s'achève (= période de décompte). Les prolongations contractuelles tacites font également partie intégrante d'une période contractuelle. Le droit à une participation aux excédents s'éteint pour les périodes contractuelles déjà décomptées, de même que lorsque le contrat d'assurance est résilié avant le terme d'une période de décompte. En cas de résiliation de l'assurance existante et de maintien du risque assuré dans le cadre d'une nouvelle police d'assurance auprès d'elipsLife, la période de décompte justifiant les prétentions est réduite conformément à la date de la résiliation du contrat.

L'excédent est déterminé en déduisant les prestations d'assurance allouées et réservées de la part de prime déterminante pour la période de décompte considérée et y afférente. La part déterminante de la prime et le système de participation aux excédents sont indiqués dans la police d'assurance. Le décompte est établi dès que les primes afférentes à la période de décompte considérée sont acquittées et que les sinistres correspondants sont liquidés ou les réserves y afférentes entièrement provisionnées. Les pertes ne se reportent pas d'une période de décompte à l'autre.

Lorsque des événements donnant droit aux prestations sont déclarés ou des paiements effectués après le décompte, alors qu'ils concernent la période de décompte écoulée, un nouveau décompte de la participation aux excédents est alors établi. elipsLife peut demander la restitution des parts d'excédents déjà versées.

7. Droits et obligations en cas de sinistre

7.1. Obligations en cas de sinistre

Si une incapacité de travail donne vraisemblablement droit à des prestations d'assurance:

- a) la personne assurée ou le preneur d'assurance doit en aviser elipsLife dans les cinq jours au moyen du formulaire mis à disposition. En cas de délai d'attente supérieur à 21 jours, la déclaration doit être faite au plus tard 30 jours à compter du début de l'incapacité de travail. En même temps que la déclaration, l'attestation médicale du degré et de la durée de l'incapacité de travail doit être remise à elipsLife. En cas de retard de la déclaration sans raison valable, elipsLife n'accorde de prestations qu'à partir du jour de réception de l'avis. Toute diminution du degré de l'incapacité de travail doit être annoncée sans délai à elipsLife. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, la personne assurée est tenue de remettre toutes les quatre semaines un nouveau certificat médical attestant son incapacité de travail.
- b) l'assuré devra recevoir les soins médicaux appropriés le plus rapidement possible et observer les prescriptions du médecin. Il faut impérativement suivre les prescriptions du médecin.
- c) la personne assurée doit se soumettre, à la demande d'elipsLife, à des examens médicaux réalisés par des médecins mandatés par elipsLife. Les frais alors entraînés sont à la charge d'elipsLife.
- d) la personne assurée est tenue d'annoncer à l'instance compétente un éventuel droit aux prestations selon la LAA, la LAI ou la LAPG non encore clarifié.

Tout décès d'une personne assurée doit être déclaré sans délai à elipsLife. La déclaration doit être accompagnée du certificat de décès officiel.

7.2. Réduction du dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à la réduction des prestations. La personne assurée qui, selon toute vraisemblance, restera totalement ou partiellement incapable d'exercer sa profession habituelle est tenue d'exploiter sa capacité de travail résiduelle dans une autre profession ou un autre domaine d'activités, ou elle doit s'inscrire à l'AC. elipsLife enjoint à la personne assurée, en lui impartissant un délai raisonnable, d'adapter son ancienne activité ou de changer de poste ou de profession. La personne assurée est tenue d'annoncer un droit probable aux prestations auprès de l'AI (rente, reconversion, mesures professionnelles). Si, après y avoir été invitée par elipsLife, elle refuse de s'inscrire auprès de l'AI, les prestations d'indemnité journalière peuvent être provisoirement ou durablement réduites ou refusées.

7.3. Obligation de renseigner

Dans tous les cas où un droit aux prestations a été élevé auprès d'elipsLife, la personne assurée ou le preneur d'assurance met à disposition d'elipsLife toutes les informations nécessaires pour l'évaluation de l'obligation de fournir des prestations, du montant ou de la durée des prestations.

La personne assurée délègue les médecins traitants et les autres membres du corps médical du secret médical envers elipsLife. elipsLife peut au besoin demander des renseignements auprès d'autres assureurs.

La personne assurée et le preneur d'assurance renseignent spontanément elipsLife sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité. A la demande d'elipsLife, les décomptes des tiers doivent lui être remis.

Le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'obligation de renseigner soit respectée par la personne assurée.

elipsLife peut, dans chaque cas, vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte et, le cas échéant, prendre les mesures de contrôle appropriées.

7.4. Infraction à l'obligation de collaborer

Si la personne assurée ou le preneur d'assurance enfreint de manière inexcusable les obligations découlant des présentes CGA, les prestations d'assurance sont réduites temporairement ou durablement, voire refusées dans les cas graves.

7.5. Impôt à la source

Si des prestations d'assurance sont versées au preneur d'assurance afin qu'il puisse les transmettre à la personne assurée, celui-ci est responsable de l'établissement du décompte et du versement de l'impôt à la source conformément aux dispositions légales.

8. Prestations de tiers

8.1. Coordination

8.1.1. Généralités

Si la personne assurée a, pour un cas d'assurance où elipsLife est tenue de fournir des prestations, également un droit légal ou contractuel à des prestations d'assurances sociales, d'assurances d'entreprise ou d'un tiers civilement responsable, elipsLife complète ces prestations dans le cadre de sa propre obligation de fournir des prestations, jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. Dans la mesure où il existe un droit à des prestations à l'égard de tiers, elipsLife n'est pas tenue de fournir des prestations au sens des présentes CGA.

8.1.2. Pluralité d'assureurs

Si la personne assurée touche des prestations d'une autre assurance privée d'indemnité journalière, elipsLife fournit des prestations proportionnelles. Ceci est également valable lorsque l'obligation de fournir des prestations des autres assureurs n'existe qu'à titre subsidiaire. Les prestations dues en cas de décès sont toujours versées en sus de celles des autres assurances.

8.1.3. Renonciation aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'accord d'elipsLife à tout ou partie des prestations dues par un tiers, elipsLife est libérée de son obligation de fournir des prestations en vertu des présentes CGA. Est considérée comme renonciation également la capitalisation d'un droit aux prestations et le non-exercice de droits envers des tiers, en particulier lorsque la personne assurée ne s'inscrit pas à l'assurance- invalidité malgré l'invitation d'elipsLife à le faire.

8.1.4. Prestations provisoires et recours

En lieu et place d'un tiers civilement responsable, elipsLife peut fournir des avances sur prestations, pour autant que la personne assurée se soit efforcée dans des limites raisonnables et sans succès de faire valoir ses prétentions et qu'elle cède à elipsLife ses droits à l'encontre des tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

8.2. Surindemnisation

8.2.1. Travailleurs

Les prestations fournies sur la base des présentes CGA, cumulées avec des prestations de tiers, ne doivent pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée ou du preneur d'assurance. La limite de surindemnisation est équivalente à la hauteur de l'indemnité journalière assurée. elipsLife réduit ses prestations jusqu'à la limite de la surindemnisation. Les jours donnant droit à des prestations partielles ou ceux ne donnant droit à aucune prestation en raison de la réduction découlant d'un droit à des prestations de tiers sont comptés comme des jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente. Si elipsLife a fourni des prestations, elle demande le remboursement à la personne assurée des paiements supplémentaires d'assurances sociales (en particulier l'assurance-invalidité) directement à l'assurance sociale concernée. Le montant de cette demande de remboursement correspond à la hauteur de la surindemnisation.

8.2.2. Assurances d'indemnité journalière auprès d'autres assureurs

Le preneur d'assurance est tenu d'aviser immédiatement elipsLife de toute assurance d'indemnité journalière existante ou nouvellement conclue auprès d'autres assureurs.

9. Données des clients et protection des données

elipsLife a besoin des données personnelles du preneur d'assurance et des personnes assurées aux fins de l'appréciation du risque à assurer avant la conclusion du contrat d'assurance ainsi que de l'exécution des relations contractuelles, en particulier en cas de prestation. En principe, la collecte, le traitement et l'utilisation de ces données sont régis par la loi. Le consentement des personnes assurées à la collecte et à l'utilisation de leurs données de santé de même que les déclarations correspondantes de déliement de l'obligation de garder le secret sont obtenues au cas par cas auprès des personnes assurées. elipsLife tient compte dans ce cadre de l'ensemble des dispositions pertinentes du droit de la protection des données figurant dans les lois suisse et liechtensteinoise sur la protection des données (LPD). Les données relatives au présent contrat sont traitées en particulier en Suisse et au Liechtenstein. Le traitement des données peut néanmoins être effectué sur d'autres sites d'Elips Life AG au sein de l'espace économique européen (EEE). Vous trouverez sur le site Internet d'elipsLife (www.elipsLife.com) sous l'onglet «Téléchargements» une liste des entreprises du groupe elipsLife qui participent à un traitement centralisé des données, ainsi qu'une liste des mandataires et des prestataires avec lesquels nous entretenons des relations d'affaires durables.

Exemples de transmission des données à des prestataires externes: experts, auditeurs ou prestataires médicaux dans le domaine de l'assistance. La personne concernée bénéficie d'un droit d'opposition si elle peut faire valoir que, en raison de sa situation personnelle, elle a un intérêt digne de protection prépondérant par rapport à l'intérêt à la transmission d'elipsLife. Toutefois, pour exercer son droit d'opposition, la personne concernée ne saurait en règle générale se limiter à refuser la transmission sans indication de motifs. Le preneur d'assurance et la personne assurée ont le droit de demander des renseignements sur les données enregistrées les concernant. Ils peuvent également exiger la rectification de leurs données si ces dernières sont erronées ou incomplètes. Le preneur d'assurance et la personne assurée ont en outre la possibilité de demander l'effacement ou le blocage de leurs données personnelles si la collecte, le traitement ou l'utilisation de celles-ci s'avèrent irrecevables ou n'ont plus de raison d'être. Ces droits peuvent être exercés à l'adresse suivante: elipsLife, Compliance, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zurich, ou en envoyant un e-mail à compliance@elipslife.com

Dans la mesure où le preneur d'assurance communique à elipsLife des données personnelles de tiers, en particulier celles de personnes assurées, le preneur d'assurance est tenu d'informer les personnes concernées d'une telle communication. Ceci s'applique indépendamment du fait qu'elipsLife soit elle-même soumise à un devoir d'information ou à l'obligation d'obtenir des consentements spécifiques ou d'autres déliements du secret médical.

Dans les limites autorisées par la loi, elipsLife utilise les données personnelles pour promouvoir ses propres produits d'assurance et éventuellement ceux d'autres sociétés du groupe et de leurs partenaires de coopération, ainsi qu'aux fins de ses propres études de marché et sondages d'opinion. Les personnes concernées ont la possibilité de s'opposer en tout temps à une telle utilisation, sans observer de forme particulière. Elles peuvent adresser en tout temps leur opposition à l'adresse indiquée ci-dessus et à l'adresse suivante: kontakt.ch@elipslife.com

Par ailleurs, les données peuvent éventuellement être collectées, traitées et utilisées à d'autres fins qui ne sont pas en relation directe avec le contrat d'assurance, dans les limites des prescriptions du droit de la protection des données. À titre d'exemple, il peut s'agir des aspects suivants:

- contrôle et optimisation de procédures de traitement informatisé des données;
- collecte de données dans le cadre interne à l'entreprise et de données dépassant le cadre de l'entreprise dans les limites de la loi;
- calculs de tarifs généraux; et
- exercice de droits et défense en cas de litiges juridiques.

Dans certains cas, une transmission de données à des tiers peut également avoir lieu dans le cadre du contrat d'assurance. Il peut notamment s'agir de réassureurs (par exemple lors du transfert à ces réassureurs de certaines parties des risques acceptés par le présent contrat d'assurance dépassant les sommes d'assurance; dans ce cas, il peut s'avérer nécessaire de communiquer au réassureur les informations relatives au risque). Lorsque le preneur d'assurance est suivi par un intermédiaire d'assurance dans le cadre du présent contrat d'assurance, nous communiquons les données nécessaires au suivi également à un tel intermédiaire. En outre, la communication de certaines données à d'autres assureurs peut s'avérer nécessaire, par exemple dans le cadre d'un échange d'informations avec un assureur précédent ou avec un coassureur.

Lors de la vérification d'une proposition ou d'un cas d'assurance, il peut être nécessaire d'adresser des demandes à d'autres assureurs à des fins d'appréciation du risque ou de clarification des faits, ou de répondre aux demandes correspondantes formulées par d'autres assureurs.

Afin de permettre la centralisation des différents domaines au sein du groupe elipsLife et de permettre à d'autres entreprises du groupe elipsLife (conformément à la liste indiquée dans le premier paragraphe du présent article) de conseiller de manière exhaustive et efficace le preneur d'assurance, celui-ci autorise, par sa signature sur la proposition d'assurance, elipsLife à transmettre les informations nécessaires aux entreprises concernées à des fins de traitement et d'utilisation des données, et ce, pour prise de contact et activité de conseil. Les informations suivantes peuvent être transmises:

- informations relatives au preneur d'assurance (raison sociale, adresse et données comparables);
- données contractuelles (durée de l'assurance, somme d'assurance, risque assuré, étendue des prestations, lieux de risque ou données comparables).

Dans ce cadre, le preneur d'assurance délègue, par sa signature sur la proposition d'assurance, elipsLife et ses collaborateurs de leur obligation de garder le secret. Dans ce contexte, elipsLife ne transmet pas de données de santé concrètes concernant les personnes assurées.

Par ailleurs, le preneur d'assurance consent, par sa signature sur la proposition d'assurance, à ce qu'elipsLife puisse obtenir avant la conclusion du contrat et, au besoin, au cours de la relation d'affaires effective, des informations relatives à son comportement de paiement ou à sa solvabilité, aux fins de la gestion du contrat. Ce consentement est accordé volontairement et pourra être révoqué en tout temps pour l'avenir. Les recherches en matière de solvabilité demeurent en tous les cas autorisées, dans les limites des bases légales applicables.

10. Dispositions finales

10.1. Compensation

elipsLife peut compenser des prestations échues avec des créances envers le preneur d'assurance. La personne assurée ou le preneur d'assurance n'est pas en droit de compenser les primes par des créances.

10.2. Cession et mise en gage

Avant leur fixation définitive, les prétentions à des prestations assurées ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'accord explicite d'elipsLife.

10.3. Validité territoriale

Pour les travailleurs détachés à l'étranger, l'assurance est valable durant 72 mois au maximum à compter du jour du détachement, pour autant que ces personnes soient au bénéfice d'une couverture LAA durant la même période.

10.4. Communications

Toutes les communications doivent être adressées à elipsLife, Thurgauerstrasse 54, case postale, 8050 Zurich. Pour être juridiquement valables, les communications d'elipsLife doivent être envoyées à la dernière adresse en Suisse ou au Liechtenstein indiquée par le preneur d'assurance.

10.5. For

elipsLife reconnaît comme for juridique Triesen ou le lieu de domicile suisse ou liechtensteinois du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

10.6. Communications obligatoires du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est tenu d'aviser immédiatement elipsLife de toutes modifications portant sur l'adresse, l'activité ou tout autre critère important pour les termes du contrat.

10.7. Obligation d'informer du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est tenu d'informer les personnes assurées de l'essence du contrat, des éventuelles modifications de ses termes ou de sa résiliation.

10.8. Langue officielle

La formulation française n'est qu'une traduction de la version originale en allemand. En cas d'incohérences et d'ambiguïtés concernant certains mots ou phrases la version allemande fait foi.

11. Glossaire

11.1. Liste des abréviations utilisées

AC	Assurance-chômage
AI	Assurance-invalidité
APG	Allocations pour perte de gain
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CGA	Conditions générales d'assurance
CO	Code des obligations
CP	Conditions particulières
EEE	Espace économique européen
G	Permis G (autorisation frontalière)
IJM	Assurance d'indemnité journalière en cas de maladie
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LACI	Loi sur l'assurance-chômage
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAPG	Loi sur les allocations pour perte de gain
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LI	Liechtenstein
LPD	Loi sur la protection des données