

Assurance-accidents des visiteurs (AAV)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Edition 2023-04

L'essentiel en bref

L'information client ci-après vous donne un aperçu de notre identité en tant qu'assureur et des principaux éléments du contrat d'assurance. Le contrat d'assurance se compose de l'offre/de la proposition, de la police d'assurance, des conditions générales d'assurance (CGA) et d'éventuelles conditions spéciales (CS).

Veillez noter que les risques assurés sont convenus individuellement. C'est votre propre contrat d'assurance qui est déterminant pour le droit aux prestations éventuel. Les droits et obligations des parties contractantes découlent du contrat d'assurance ainsi que des prescriptions légales applicables, en particulier de la LCA et, pour les preneurs d'assurance ayant leur siège au Liechtenstein, de la VersVG.

Qui est l'assureur?

L'assureur est Elips Life SA, Vaduz (Liechtenstein), succursale Suisse à Zurich, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zurich (ci-après «elipsLife»).

Qui est le preneur d'assurance?

Le preneur d'assurance est la personne physique ou morale qui conclut l'offre/la proposition ou la police d'assurance et agit en tant que partenaire contractuel.

Qui est assuré?

Sont assurés tous les clients et visiteurs qui se trouvent avec autorisation dans les locaux professionnels du preneur d'assurance. Est également coassurée la participation à des manifestations organisées par le preneur d'assurance en dehors des locaux de l'entreprise.

Les personnes qui exercent une activité rémunérée par le preneur d'assurance ou une activité relevant de la puissance publique (comme les artisans, les fournisseurs, la police, les pompiers, etc.) ne sont pas assurées. Sont en outre exclus le personnel du preneur d'assurance ainsi que les patients hospitalisés dans des hôpitaux et établissements similaires.

Qu'est-ce qui est couvert par l'assurance?

Sont assurées les conséquences économiques d'accidents et d'autres lésions corporelles (diagnostic selon la liste) survenant pendant la durée contractuelle de la présente assurance-accidents des visiteurs. Les maladies professionnelles ne sont pas assurées. La couverture d'assurance s'applique en Suisse et au Liechtenstein. Les risques assurés sont convenus individuellement. Le contrat d'assurance est déterminant pour le droit aux prestations éventuel.

En ce qui concerne les frais de traitement, l'obligation d'elipsLife s'étend au dommage effectivement subi, en tenant compte des prestations de tiers. Il s'agit d'une assurance de dommages et non d'une assurance de sommes. En cas de versements en cas d'invalidité ou de décès ainsi que d'indemnités journalières et d'hospitalisation, les prestations de tiers ne sont pas prises en compte. Ces prestations constituent une assurance de sommes.

Quelles sont les prestations fournies par elipsLife?

Les informations suivantes concernent la couverture d'assurance au choix. Vous trouverez une description générale exhaustive de la couverture d'assurance et de ses limitations dans les Conditions d'assurance. Les informations relatives à la couverture d'assurance composée par le preneur d'assurance ainsi que des données individuelles telles que la somme d'assurance convenue figurent dans le contrat d'assurance. La couverture d'assurance comprend les points suivants:

Modules de couverture optionnels:

- frais de traitement (traitements médicaux, dommages matériels, frais de voyage, de transport et de sauvetage, transport de corps, matériel auxiliaire, participation aux frais d'entretien pendant un séjour dans un établissement de soins);
- indemnité journalière d'hospitalisation
- indemnités journalières en cas d'incapacité de travail de 25% au moins;
- capital en cas d'invalidité et de décès.

Les prestations récurrentes sont versées comme suit:

- Frais de traitement au plus tard 5 ans après le jour de l'accident (sans limitation de montant pendant la durée contractuelle)
- Indemnité journalière d'hospitalisation pendant la durée du séjour à la clinique, au maximum jusqu'à 730 jours dans les 5 ans suivant le jour de l'accident
- Indemnités journalières pendant une incapacité de travail avérée, au maximum jusqu'à 730 jours dans les 5 ans suivant le jour de l'accident

Le décès de la personne assurée ou du bénéficiaire entraîne l'extinction de l'ensemble des droits.

Si le contrat d'assurance est résilié et que le traitement d'un accident déjà survenu n'est pas encore terminé, elipsLife prend en charge les frais de traitement liés à cet accident jusqu'à cinq ans après le jour de l'accident (jusqu'à concurrence de 25 000 CHF).

Quelles prestations ne sont notamment pas assurées?

Ne sont pas assurés:

- les accidents de visiteurs dont vous êtes responsable;
- les incapacités de travail, les accidents et les suites d'accident existants lors de la survenance d'un événement assuré;
- les maladies professionnelles et leurs suites;
- les accidents et leurs suites survenant à l'étranger (hors de Suisse ou du Liechtenstein);
- les accidents et les suites d'un accident survenant lors d'une présence non autorisée dans les locaux professionnels du preneur d'assurance ou lors d'une présence non autorisée sur le lieu de manifestation extérieur à l'entreprise à l'occasion d'un événement organisé par le preneur d'assurance;
- les accidents et leurs suites dont est victime un visiteur et survenant en dehors des locaux professionnels du preneur d'assurance alors que le visiteur n'est pas accompagné par le preneur d'assurance ou ses collaborateurs ou collaboratrices. Cette disposition s'applique également aux manifestations organisées par le preneur d'assurance hors de l'entreprise.

Vous trouverez ci-après les exclusions de prestations les plus courantes pour lesquelles il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- conséquences d'événements de guerre, de troubles, d'actes criminels et de bagarres; en cas d'implication de la personne assurée;
- conséquences de tremblements de terre en Suisse et au Liechtenstein;
- conséquences d'une alcoolémie $\geq 1,8\text{‰}$;
- conséquences de dangers particulièrement importants, dits entreprises téméraires;
- conséquences d'un suicide ou d'une mutilation volontaire;

Vous trouverez la liste complète des exclusions de prestations à l'art. 4.1. des CGA.

Quel est le montant de la prime et quand est-elle exigible?

Le montant de la prime dépend du risque assuré et des couvertures assurées. La prime correspond au nombre de personnes assurées et à la prime par tête indiquée dans le contrat d'assurance.

La prime est due d'avance par le preneur d'assurance; l'échéance figure sur le décompte de primes. La prime pour les personnes assurées est fixée chaque année à titre provisoire. Le décompte de primes définitif est effectué à l'échéance de l'année d'assurance sur la base du nombre de personnes déclaré.

Si, en tant que preneur d'assurance, vous êtes en retard dans le paiement des primes, la couverture est interrompue à l'expiration du délai de sommation. En cas de difficultés financières, nous vous recommandons de prendre contact avec nous à temps.

Quelles sont les principales obligations du preneur d'assurance?

- paiement de la prime dans les délais;
- déclaration du nombre de personnes effectif pour le calcul du décompte de primes définitif;
- déclaration des cas de prestations dans les délais;
- déclaration de la modification de facteurs déterminants pour le contrat (aggravation du risque).
- vous trouverez la liste complète des obligations à l'art. 8 des CGA.

Quand le contrat débute-t-il et arrive-t-il à échéance?

Le début est la date convenue dans le contrat d'assurance. Quelle que soit la durée contractuelle convenue, vous pouvez résilier le contrat d'assurance au plus tard après trois ans. A l'échéance de la durée contractuelle, le contrat est tacitement prolongé d'un an, dans la mesure où vous ne le résiliez pas un mois avant la fin de l'année civile.

Le contrat d'assurance s'éteint automatiquement et avec effet immédiat à la cessation de l'activité ou au transfert du siège de l'entreprise à l'étranger.

Les adaptations de primes effectuées par elipsLife vous seront communiquées avec un préavis d'au moins 30 jours. Dans ces conditions, vous avez le droit de résilier le contrat d'assurance à la fin de l'année civile en cours.

Comment elipsLife traite-t-elle vos données?

En vue d'évaluer le risque à assurer avant la conclusion du contrat d'assurance et de gérer la relation contractuelle, notamment en cas de prestation, elipsLife a besoin des données personnelles du preneur d'assurance et des personnes assurées. Il sera demandé au cas par cas aux personnes assurées leur consentement à la collecte et à l'utilisation de données médicales ainsi que la déclaration correspondante de levée de l'obligation de garder le secret.

elipsLife traite les données résultant des documents contractuels ou de l'exécution du contrat et les utilise en particulier pour déterminer la prime, pour l'évaluation des risques, pour le traitement de cas d'assurance, pour des évaluations statistiques et à des fins de marketing. Les données sont conservées au format papier ou électronique.

Le preneur d'assurance et les personnes assurées peuvent demander des renseignements sur les données enregistrées les concernant. En outre, le preneur d'assurance et les personnes assurées peuvent demander la rectification de leurs données si celles-ci sont inexactes ou incomplètes. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à l'adresse postale ou électronique suivante: elipsLife, Compliance, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zurich ou compliance@elipsLife.com.

Pouvez-vous révoquer votre proposition pour la conclusion?

Non. Dans les assurances de personnes dans le cadre professionnel, vous ne disposez d'aucun droit de révocation.

Quand devez-vous nous déclarer un cas de prestation?

Si un événement est susceptible de donner lieu à des prestations d'assurance, il convient de le déclarer immédiatement. Une attestation médicale indiquant le degré et la durée de l'éventuelle incapacité de travail doit être jointe à la déclaration.

Durée de validité de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance est valable aussi longtemps que les clients et visiteurs autorisés se trouvent dans les locaux de l'entreprise. Cette disposition est également valable pour les manifestations organisées par le preneur d'assurance en dehors des locaux de l'entreprise. En dehors des locaux de l'entreprise, les clients et visiteurs sont assurés dans la mesure où ils sont accompagnés du preneur d'assurance ou de ses collaborateurs ou collaboratrices. Cette exclusion s'applique également par analogie si la personne assurée est victime d'un accident en tant que passagère dans un véhicule du preneur d'assurance ou dans une voiture de tourisme d'un collaborateur ou d'une collaboratrice directement associée à la visite client ou à la manifestation.

Pour les cas de prestations survenant pendant une interruption de la couverture (si, malgré le rappel, le preneur d'assurance n'a effectué aucun paiement avant l'expiration du délai de sommation), la couverture d'assurance est suspendue jusqu'au paiement intégral de la prime échue. Pour les cas de prestations survenant pendant la suspension de l'obligation de verser des prestations, il n'existe aucun droit aux prestations, même en cas de paiement ultérieur de la prime.

Réclamations

Votre intermédiaire ainsi qu'elipsLife garantissent le traitement professionnel de vos demandes. En cas d'insatisfaction, vous pouvez adresser votre réclamation à l'adresse suivante:

elipsLife
Compliance
Thurgauerstrasse 54
Case postale
8050 Zurich

Si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez également adresser une réclamation à l'autorité de surveillance compétente, à l'adresse suivante:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Landstrasse 109
Postfach 279
9490 Vaduz

Table des matières

Assurance-accidents des visiteurs (AAV)

Conditions générales d'assurance (CGA)
pour la Suisse et le Liechtenstein

1.	Bases de l'assurance	6
1.1.	Assureur	6
1.2.	Bases du contrat	6
1.3.	Objet de l'assurance	6
1.4.	Risques assurés	6
1.5.	Validité territoriale	6
1.6.	Champ d'application temporel	6
1.7.	Personnes assurées	6
1.8.	Forme masculine et féminine	6
2.	Prestations d'assurance	7
2.1.	Frais de traitement	7
2.2.	Indemnité journalière d'hospitalisation	8
2.3.	Indemnité journalière	8
2.4.	Cas d'invalidité	8
2.5.	Décès	10
3.	Bases de calcul	10
3.1.	Système par tête	10
4.	Restrictions de l'étendue de la couverture	11
4.1.	Exclusions	11
4.2.	Réductions	11
4.3.	Décès provoqué par un ayant droit	12
5.	Début et fin de la couverture d'assurance	12
5.1.	Début de la couverture d'assurance	12
5.2.	Fin de la couverture d'assurance	12
6.	Début, durée et fin du contrat d'assurance	13
6.1.	Début du contrat	13
6.2.	Durée du contrat	13
6.3.	Résiliation du contrat	13
7.	Primes	14
7.1.	Calcul des primes selon le système par tête	14
7.2.	Prime provisoire	14
7.3.	Décompte de prime	14
7.4.	Paiement des primes et exigibilité	14
7.5.	Retard de paiement	14
7.6.	Adaptation des primes	14
8.	Droits et devoirs en cas de sinistre	15
8.1.	Devoirs en cas de sinistre	15
8.2.	Réduction des dommages	15
8.3.	Obligation de renseigner	15
8.4.	Echéance et paiement des prestations d'assurance	16
8.5.	Droit de recours	16
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.	Communications	18
10.4.	For compétent	18
10.5.	Obligation de communiquer du preneur d'assurance	18
10.6.	Langue officielle	18
11.	Glossaire	19
11.1.	Abréviations utilisées	19

1. Bases de l'assurance

1.1. Assureur

L'assureur est Elips Life SA, Vaduz (Liechtenstein), succursale Suisse à Zurich, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zurich (ci-après «elipsLife»).

1.2. Bases du contrat

Le contrat d'assurance se compose de l'offre ou de la proposition d'assurance, de la police d'assurance, des conditions spéciales (CS) mentionnées dans la police d'assurance ainsi que des présentes conditions générales d'assurance (CGA). Dans la mesure où une question n'est pas expressément réglée dans le contrat d'assurance, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ou VersVG pour les preneurs d'assurance sis au Liechtenstein) s'applique.

Dans un souci de lisibilité, le texte cite la loi fédérale suisse sur l'assurance-accidents ainsi que l'ordonnance LAA et OAA correspondante. Pour les preneurs d'assurance sis au Liechtenstein, les lois et ordonnances liechtensteinoises correspondantes (UVersG, UVersV) s'appliquent. Dans la mesure où les conditions d'assurance renvoient à certains articles de la LAA ou de l'OAA, les dispositions correspondantes de la LAA et de l'OAA s'appliquent aux preneurs d'assurance ayant leur siège au Liechtenstein.

1.3. Objet de l'assurance

elipsLife assure les conséquences économiques d'accidents et d'autres lésions corporelles dans le cadre des prestations convenues conformément au contrat d'assurance.

1.4. Risques assurés

L'assurance couvre les accidents (définition selon l'art. 4 LPGA) ainsi que les lésions corporelles selon la liste figurant à l'art. 6, al. 2 LAA (diagnostics selon la liste), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Sont assurés les risques mentionnés s'ils surviennent ou s'ils ont été causés pendant la durée contractuelle de la présente assurance. Les maladies professionnelles ne sont pas assurées.

1.5. Validité territoriale

L'assurance est valable en Suisse et au Liechtenstein pour les accidents survenant à l'occasion d'un séjour autorisé dans les locaux du preneur d'assurance. Les locaux de l'entreprise comprennent les terrains et bâtiments utilisés par le preneur d'assurance.

En dehors des locaux de l'entreprise, les clients et visiteurs sont assurés s'ils sont accompagnés du preneur d'assurance ou de ses collaborateurs ou collaboratrices lors d'une manifestation organisée par le preneur d'assurance. Cette disposition s'applique également en cas d'accident en tant que passager d'un véhicule du preneur d'assurance ou d'une voiture de tourisme de collaborateurs ou collaboratrices directement associée à la visite client ou à la manifestation.

1.6. Champ d'application temporel

elipsLife fournit les prestations assurées pendant la durée contractuelle définie dans la police d'assurance, au plus tard toutefois jusqu'à la fin du contrat d'assurance ou jusqu'à épuisement des prestations assurées selon le présent contrat.

1.7. Personnes assurées

Sont assurés les clients et visiteurs du preneur d'assurance.

Les personnes qui exercent une activité rémunérée par le preneur d'assurance ou une activité relevant de la puissance publique (comme les artisans, les fournisseurs, la police, les pompiers, etc.) ne sont pas assurées. Sont en outre exclus le personnel du preneur d'assurance ainsi que les patients hospitalisés dans des hôpitaux et établissements similaires.

1.8. Forme masculine et féminine

elipsLife s'engage en faveur de l'égalité entre hommes et femmes. Dans un souci de lisibilité, elipsLife renonce à l'utilisation simultanée des formes masculine et féminine.

2. Prestations d'assurance

2.1. Frais de traitement

Dans la mesure où les frais de traitement sont coassurés, elipsLife prend en charge les frais non couverts d'un accident reconnu selon l'assurance-accidents (LAA/UVersG), l'assurance maladie (LAMal), une assurance dommages ou une assurance sociale étrangère (art. 2.1.1. à 2.1.8. des CGA).

2.1.1. Traitement

elipsLife prend en charge les dépenses nécessaires pour les traitements dispensés par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, dispensés par un fournisseur de prestations en Suisse et au Liechtenstein selon l'art. 10 LAA, ainsi que les frais de séjour en division privée d'hôpitaux et de cliniques de rééducation en Suisse ou au Liechtenstein.

2.1.2. Dommages matériels

elipsLife prend en charge les coûts des dommages accidentels causés à des objets qui remplacent une partie ou une fonction du corps. Les frais de remplacement des lunettes, lentilles de contact, appareils auditifs et prothèses dentaires ne sont pris en charge que si la lésion corporelle nécessite un traitement. Sont prises en compte les dépenses pour la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) des objets susmentionnés, jusqu'à concurrence de 10 000 CHF.

2.1.3. Frais de voyage, de transport et de sauvetage

elipsLife prend en charge les frais pour:

- a) toutes les mesures de sauvetage et de secours nécessaires à la suite de l'accident, les frais occasionnés par une opération de recherche de l'assuré étant limités à 20 000 CHF;
- b) tous les déplacements et transports nécessaires à la suite de l'accident, mais à bord d'aéronefs uniquement lorsque des raisons médicales ou techniques l'imposent.

Les éventuels frais de déplacement économisés dans le cadre du transport consécutif à un accident et/ou remboursements consécutifs à la non-utilisation de billets de train, d'avion ou de bateau doivent être imputés à l'obligation de fournir des prestations d'elipsLife. Les frais de déplacement et de transport pour des traitements ultérieurs en Suisse ou au Liechtenstein qui ne sont pas en rapport avec le traitement initial ne sont pas pris en charge.

2.1.4. Frais de transport du corps

elipsLife prend en charge les frais nécessaires, jusqu'à concurrence de 20 000 CHF, pour le transfert de la personne décédée au lieu de ses funérailles (frais d'éventuelles formalités aux frontières comprises). L'indemnité est versée à la personne justifiant du paiement de ces frais. Si un membre de la famille du défunt accompagne le transport du corps, elipsLife prend à sa charge les frais de voyage pour une personne (train en 1^{re} classe, vol en classe économique).

2.1.5. Moyens auxiliaires

elipsLife prend en charge les dépenses liées à la première acquisition de prothèses, de lunettes, d'appareils auditifs et de moyens auxiliaires orthopédique. Sont également coassurés leur réparation ou leur remplacement (valeur à neuf) s'ils ont été endommagés ou détruits à la suite d'un accident entraînant un traitement médical assuré. Ne sont pas pris en charge les frais liés aux moyens de locomotion mécaniques ainsi que ceux de construction, de transformation, de location et d'entretien de biens immobiliers. Les dépenses relatives aux moyens auxiliaires sont en principe évaluées en fonction de leur efficacité, de leur adéquation et de leur économie (critères EAE).

2.1.6. Part des frais d'entretien pendant un séjour dans un établissement de soins

La déduction des frais d'entretien opérée par l'assurance LAA sur l'indemnité journalière pendant un séjour en établissement hospitalier est remboursée par cette assurance.

2.1.7. Montant et durée des prestations

elipsLife prend en charge les frais de traitement pour une durée de cinq ans à compter du jour de l'accident, sans limitation de montant.

Si le présent contrat d'assurance s'éteint et que le traitement d'un accident déjà survenu n'est pas encore achevé à cette date, elipsLife indemnise les frais de traitement liés à cet accident au-delà de l'expiration du contrat, au maximum toutefois pendant cinq ans à compter du jour de l'accident et dans la mesure où les frais de traitement n'ont pas encore dépassé le montant de 25 000 CHF.

2.1.8. Prestations de tiers

Si la personne assurée a droit à des prestations d'un assureur social ou d'un assureur-dommages suisse ou étranger ou si un tiers responsable a versé de telles prestations, elipsLife verse les prestations à titre subsidiaire jusqu'à concurrence des frais de traitement occasionnés (assurance dommages).

Si, au moment de l'accident, il n'existe aucun droit à des prestations d'une assurance sociale ou assurance dommages suisse, liechtensteinoise ou étrangère, elipsLife prend en charge l'intégralité des frais de traitement.

Les franchises, quotes-parts ou frais exigés par les assurances sociales ne sont pas remboursés.

2.2. Indemnité journalière d'hospitalisation

Dans la mesure où une indemnité journalière d'hospitalisation est coassurée, elipsLife verse, pour la durée de l'hospitalisation ou de la rééducation prescrite par un médecin en Suisse ou au Liechtenstein, l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue, au plus toutefois pendant 730 jours sur une période de cinq ans à compter du jour de l'accident.

Les prestations d'autres assureurs et de tiers responsables ne sont pas prises en compte (assurance de sommes).

2.3. Indemnité journalière

2.3.1. Durée des prestations

Dans la mesure où une indemnité journalière est coassurée, elipsLife verse l'indemnité journalière par accident pendant 730 jours au maximum dans les cinq ans suivant le jour de l'accident, au plus toutefois jusqu'à la date du versement d'une prestation d'invalidité éventuellement due conformément aux dispositions relatives au cas d'invalidité (cf. à ce sujet l'art. 2.4 des CGA).

Dans tous les cas, l'indemnité journalière débute après le 16^e anniversaire de la personne qui a subi l'accident. Il n'existe aucun droit aux indemnités journalières à partir du départ à la retraite ordinaire ou anticipée de la personne assurée. Cette disposition s'applique également aux cas de prestations en cours.

Pour le calcul de la durée des prestations, les jours avec incapacité de travail partielle sont considérés comme des jours entiers. Le droit à l'indemnité journalière s'éteint avec le recouvrement de la pleine capacité de travail, le versement d'une prestation en capital d'invalidité ou le décès de la personne assurée.

2.3.2. Droit et délai d'attente

Le versement de l'indemnité journalière prend effet le premier jour de l'incapacité de travail constatée par un médecin, au plus tôt toutefois trois jours avant le premier traitement médical. Aucune indemnité n'est versée pour le jour de l'accident et le temps d'attente convenu. Le délai d'attente débute à la constatation médicale de l'incapacité de travail, au plus tôt toutefois le lendemain de l'accident. Pour la détermination du délai d'attente, les jours avec incapacité de travail partielle sont considérés comme des jours entiers. Le délai d'attente est déduit de la durée maximale des prestations de 730 jours sur une période de cinq ans. En cas d'incapacité de travail partielle, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement au degré de cette incapacité. La condition pour l'indemnité journalière est que l'incapacité de travail soit d'au moins 25%. Les rechutes et les séquelles tardives ne donnent aucun droit aux prestations.

Les prestations d'autres assureurs et de tiers responsables ne sont pas prises en compte (assurance de sommes).

2.4. Cas d'invalidité

Le droit aux prestations d'invalidité est examiné au plus tôt au moment où la poursuite du traitement médical ne permet plus d'escompter une amélioration notable de l'état de santé. Si, à la suite de l'accident, une invalidité est présumée permanente sur le plan médico-théorique, elipsLife verse le capital invalidité, dans la mesure où elle le coassure. Celui-ci est déterminé en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de prestation choisie. Les prestations d'autres assureurs et de tiers responsables ne sont pas prises en compte (assurance de sommes).

L'invalidité médico-théorique est définie schématiquement par le médecin-conseil sur la base des principes mentionnés à l'art. 2.4.1 des CGA. Une éventuelle incapacité de gain ou de travail résultant de l'événement n'est pas prise en compte. Seule la personne assurée a droit au capital invalidité. Le droit à un capital invalidité prend fin au décès de la personne assurée.

2.4.1. Détermination du degré d'invalidité médico-théorique

- a) Le degré d'invalidité est déterminé selon l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OAA, annexe 3; UVersV, annexe 4) et les tableaux de classification 1 à 22 de la SUVA. Le degré d'invalidité est diminué lorsque la perte ou la privation de l'usage n'est que partielle.
- b) En cas de perte simultanée ou de privation simultanée de l'usage de plusieurs parties du corps, le degré d'invalidité s'établit en règle générale par addition des pourcentages. Il ne peut toutefois pas dépasser 100%.
- c) Si, avant l'accident, la personne assurée avait déjà totalement ou partiellement perdu des parties du corps, des fonctions corporelles ou des fonctions psychiques et mentales, ou l'usage de celles-ci, des suites d'une maladie, d'une infirmité congénitale ou d'autres accidents, le degré d'invalidité déjà existant, déterminé selon les principes énoncé ci-dessus, est déduit lors de la détermination du degré d'invalidité. Si les suites de l'accident sont aggravées par de tels facteurs étrangers à l'accident survenus en même temps, une réduction proportionnelle est appliquée.
- d) Les modifications du degré d'invalidité survenant après la détermination de celui-ci, notamment les rechutes et les séquelles tardives, ne sont pas prises en considération.

2.4.2. Détermination du capital invalidité

Le capital invalidité correspond au produit du degré d'invalidité et de la somme assurée. Si le contrat prévoit une progression, le capital invalidité s'obtient en multipliant le degré d'invalidité indiqué dans la variante A ou B ci-après par la somme assurée.

La prestation en pourcentage de la somme d'assurance convenue pour l'invalidité est donc versée comme suit:

Degré d'invalidité	Variante A	Variante B	Degré d'invalidité	Variante A	Variante B
25%	25%	25%	63%	114%	165%
26%	27%	28%	64%	117%	170%
27%	29%	31%	65%	120%	175%
28%	31%	34%	66%	123%	180%
29%	33%	37%	67%	126%	185%
30%	35%	40%	68%	129%	190%
31%	37%	43%	69%	132%	195%
32%	39%	46%	70%	135%	200%
33%	41%	49%	71%	138%	205%
34%	43%	52%	72%	141%	210%
35%	45%	53%	73%	144%	215%
36%	47%	58%	74%	147%	220%
37%	49%	61%	75%	150%	225%
38%	51%	64%	76%	153%	230%
39%	53%	67%	77%	156%	235%
40%	55%	70%	78%	159%	240%
41%	57%	73%	79%	162%	245%
42%	59%	76%	80%	165%	250%
43%	61%	79%	81%	168%	255%
44%	63%	82%	82%	171%	260%
45%	65%	85%	83%	174%	265%
46%	67%	88%	84%	177%	270%
47%	69%	91%	85%	180%	275%
48%	71%	94%	86%	183%	280%
49%	73%	97%	87%	186%	285%
50%	75%	100%	88%	189%	290%
51%	78%	105%	89%	192%	295%
52%	81%	110%	90%	195%	300%
53%	84%	115%	91%	198%	305%
54%	87%	120%	92%	201%	310%
55%	90%	125%	93%	204%	315%
56%	93%	130%	94%	207%	320%
57%	96%	135%	95%	210%	325%
58%	99%	140%	96%	213%	330%
59%	102%	145%	97%	216%	335%
60%	105%	150%	98%	219%	340%
61%	108%	155%	99%	222%	345%
62%	111%	160%	100%	225%	350%

Si aucune progression n'a été convenue, le capital invalidité correspond à la part en pourcentage de la somme assurée correspondant au degré d'invalidité.

2.5. Décès

Si la personne assurée décède des suites d'un accident, elipsLife verse la somme assurée pour le décès, dans la mesure où elle est coassurée, déduction faite de l'éventuelle indemnité d'invalidité déjà versée pour le même accident. Si la personne victime de l'accident a moins de 16 ans ou plus de 65 ans, le capital décès s'élève au maximum à 20 000 CHF.

Ont droit au capital, dans l'ordre suivant:

- a) le conjoint survivant ou le partenaire enregistré; à défaut
- b) le partenaire (de même sexe également) non marié ou non lié par un partenariat enregistré et sans lien de parenté qui formait avec le défunt une communauté de vie ininterrompue et comparable à un mariage au sein du même ménage au moins au cours des cinq années précédant le décès; à défaut
- c) les enfants; à défaut
- d) la personne physique désignée par testament pour ce capital par la personne assurée; à défaut
- e) les parents; à défaut
- f) les frères et sœurs.

La présence de personnes dans l'un de ces groupes annule les droits de l'ensemble des groupes de personnes suivants. Si un groupe de personnes comprend plusieurs ayants droit, le capital est réparti à parts égales entre l'ensemble des ayants droit.

En l'absence d'ayant droit, elipsLife prend en charge uniquement les frais funéraires jusqu'à concurrence de 10% de la somme d'assurance en cas de décès, à concurrence de 10 000 CHF au maximum. Ayants droit

Les survivants d'une personne assurée reçoivent les prestations, même dans le cas où elles renoncent à la succession. Les prestations ne font pas partie de la succession du défunt.

Les prestations d'autres assureurs et de tiers responsables ne sont pas prises en compte (assurance de sommes).

3. Bases de calcul

3.1. Système par tête

L'assurance est conclue selon un système par tête avec des sommes fixes et des primes calculées sur la base du nombre de personnes assurées. Le nombre d'assurés est calculé sur la base du nombre de personnes assurées par an ou des jours d'engagement de toutes les personnes par an (jours d'assurance), divisé par 250 jours de travail.

4. Restrictions de l'étendue de la couverture

4.1. Exclusions

Sont exclus de l'assurance les accidents et les suites d'accident:

- a) imputables à une faute propre de la personne assurée;
- b) préexistants à la survenance d'un événement assuré. Cette disposition s'applique également aux incapacités de travail.
- c) survenant à l'étranger (hors de Suisse ou du Liechtenstein);
- d) dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie imputables (s'applique également aux lésions corporelles selon l'art. 6, al. 2 LAA). Les maladies professionnelles sont exclues dans tous les cas.
- e) survenant en cas de présence non autorisée dans les locaux professionnels du preneur d'assurance ou dans les lieux extérieurs à l'entreprise où le preneur d'assurance organise une manifestation;
- f) survenant hors des locaux de l'entreprise sans que le visiteur soit accompagné du preneur d'assurance ou de ses collaborateurs ou collaboratrices. Cette exclusion s'applique également par analogie si la personne assurée est victime d'un accident en tant que passagère dans un véhicule du preneur d'assurance ou dans une voiture de tourisme d'un collaborateur ou d'une collaboratrice.
- g) directement ou indirectement liés à des événements de guerre ou à des troubles. S'entend par troubles tout affrontement (quel qu'en soit le motif), accompagné ou non d'activités violentes qui troublent l'ordre public habituel (comme les émeutes ou les manifestations).
- h) résultant de tremblements de terre en Suisse et au Liechtenstein;
- i) résultant de la participation à des actes de guerre, de terrorisme ou de banditisme;
- j) résultant de troubles de toute sorte, à moins que l'assuré puisse prouver qu'il n'y a pas participé de manière active ou en qualité d'instigateur aux côtés des auteurs de troubles;
- k) résultant de la participation à des rixes ou des bagarres, à moins que l'assuré n'ait été blessé par les protagonistes alors qu'il ne prenait aucune part à l'événement ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
- l) résultant des dangers auxquels l'assuré s'est exposé en provoquant gravement autrui;
- m) résultant de la perpétration intentionnelle d'un crime ou d'un délit ou de leur tentative;
- n) résultant de l'effet de radiations ionisantes et de dommages causés par l'énergie nucléaire, sauf si le traitement par irradiation a été prescrit par un médecin;
- o) lorsque la personne assurée présente une alcoolémie égale ou supérieure à 1,8‰, à moins qu'il n'existe manifestement aucun lien de cause à effet entre l'ivresse et l'accident;
- p) résultant d'entreprises téméraires (par lesquelles la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures);
- q) résultant d'un suicide, d'une mutilation volontaire ou d'une tentative de mutilation. Il existe toutefois une couverture si, au moment des faits, la personne assurée était totalement incapable d'agir raisonnablement de manière non fautive ou si le suicide, la tentative de suicide ou la mutilation volontaire sont la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance;
- r) résultant de la prise ou de l'injection de médicaments, de drogues, de méthadone ou de produits chimiques non prescrits par un médecin;
- s) lors de vols aériens et lors de l'embarquement ou du débarquement d'un aéronef.

4.2. Réductions

4.2.1. Faute grave

elipsLife renonce au droit de réduire les prestations assurées au titre de l'assurance-accidents des visiteurs si une négligence grave est à l'origine de l'accident. Les exclusions au sens de l'art 4.1 des CGA demeurent réservées.

4.2.2. Assurance multiple

Lorsque les frais de traitement sont couverts par plusieurs assurances de compagnies concessionnaires, ils ne sont remboursés qu'une seule fois, et ce intégralement, au pro rata des prestations garanties par l'ensemble des assureurs concernés.

4.2.3. Prestations de tiers

Si les frais de traitement sont imputables à un tiers responsable ou à son assureur, à l'assurance LAA, à l'assurance-invalidité, à l'assurance militaire ou à toute autre assurance, ou s'ils sont directement pris en charge par l'un d'eux, le droit vis-à-vis d'elipsLife est réduit proportionnellement.

4.2.4. Facteurs étrangers à l'accident

Les prestations pour frais de traitement, indemnités journalières d'hospitalisation et indemnités journalières ne sont pas réduites si l'atteinte à la santé n'est que partiellement consécutive à un accident assuré.

En revanche, les prestations en cas de décès et d'invalidité sont réduites si l'atteinte à la santé a été influencée par des facteurs étrangers à l'accident. Les réductions sont effectuées sur la base d'un examen médical.

4.2.5. Violation d'obligations en cas de sinistre

En cas de violation fautive des obligations de l'assuré, du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, elipsLife est en droit de réduire la prestation d'assurance du montant dont elle aurait été diminuée si l'obligation avait été respectée (cf. à ce sujet les dispositions relatives aux droits et obligations en cas de sinistre, conformément aux art. 8.1 et 8.2 des CGA).

4.3. Décès provoqué par un ayant droit

Si une personne autorisée à percevoir des prestations en cas de décès a provoqué le décès de l'assuré intentionnellement ou a induit son état d'incapacité totale ou partielle de discernement (de manière fautive ou non fautive) en commettant un crime ou un délit, elle n'a pas droit au capital décès. Le capital est versé aux autres bénéficiaires au sens de la disposition sur le décès, conformément à l'art. 2.5 des CGA.

5. Début et fin de la couverture d'assurance

5.1. Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance de la personne assurée débute à l'entrée autorisée dans les locaux d'entreprise du preneur d'assurance. Cette disposition s'applique également aux manifestations organisées par le preneur d'assurance dans des locaux extérieurs à l'entreprise.

Ne sont pas assurées les atteintes à la santé résultant d'accidents et de suites d'accidents qui préexistaient au début de la présente assurance-accidents des visiteurs ou à la survenance de l'événement assuré.

5.2. Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance de la personne assurée prend fin à la sortie des locaux d'entreprise du preneur d'assurance. Cette disposition s'applique également aux manifestations organisées par le preneur d'assurance dans des locaux extérieurs à l'entreprise.

En dehors de ces locaux professionnels, la couverture d'assurance prend fin dès que les clients et les visiteurs ne sont plus accompagnés par le preneur d'assurance ou ses collaborateurs (s'applique également si la personne assurée est victime d'un accident en tant que passagère dans un véhicule du preneur d'assurance ou dans une voiture de tourisme d'un collaborateur ou d'une collaboratrice).

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

6.1. Début du contrat

Le début de l'assurance est la date convenue sur la police d'assurance. Le contrat peut être conclu à tout moment, y compris en cours d'année civile.

6.2. Durée du contrat

Le contrat d'assurance est conclu pour la durée indiquée dans la police d'assurance. La durée contractuelle minimale est d'une année civile. A l'échéance de la durée contractuelle convenue, le contrat est reconduit tacitement d'une année supplémentaire, à moins qu'il ne soit résilié dans les délais.

6.3. Résiliation du contrat

6.3.1. Résiliation à l'échéance

Le contrat d'assurance peut être résilié par écrit par les deux parties contractantes à la fin d'une année civile en respectant un préavis d'un mois.

La résiliation est possible pour la première fois à la date d'échéance mentionnée sur la police d'assurance. Si le contrat d'assurance a été conclu pour une durée plus longue, il peut être résilié pour la fin de la troisième année d'assurance ou de chaque année d'assurance suivante.

6.3.2. Expiration du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance prend fin avec effet immédiat:

- a) en cas de cessation d'activité du preneur d'assurance;
- b) en cas de transfert du siège du preneur d'assurance à l'étranger.

6.3.3. Renonciation à la résiliation en cas de sinistre

elipsLife renonce expressément à son droit légal de résilier le contrat en cas de sinistre.

La résiliation à l'échéance du contrat demeure réservée.

7. Primes

7.1. Calcul des primes selon le système par tête

Le nombre de personnes assurées par an et la prime par tête indiquée dans le contrat d'assurance sont déterminants pour le calcul des primes.

7.2. Prime provisoire

Au début de l'année d'assurance, le preneur d'assurance doit d'abord payer la prime provisoire fixée dans la police d'assurance. Elle correspond aussi exactement que possible à la prime présumée définitive. Si les conditions changent considérablement (p. ex. si l'effectif d'assurés connaît une variation supérieure à 20%), la prime provisoire peut être adaptée au début de l'année d'assurance suivante.

7.3. Décompte de prime

A l'expiration de chaque année d'assurance ou à la résiliation du contrat, le décompte de primes est établi sur la base du nombre de personnes définitif. A cet effet, elipsLife envoie un formulaire au preneur d'assurance, l'invitant à lui communiquer les informations pertinentes pour l'établissement du décompte de primes. Toutefois, si la prime supplémentaire ou le remboursement de prime s'élève à moins de 10 CHF, les parties contractantes renoncent au paiement ultérieur ou au remboursement.

Si le preneur d'assurance n'envoie pas la déclaration relative au décompte de primes dans les 30 jours suivant la réception du formulaire de déclaration à elipsLife, celle-ci est en droit de fixer la prime présumée définitive à sa seule discrétion.

7.4. Paiement des primes et exigibilité

Les primes sont dues d'avance par le preneur d'assurance et doivent être payées jusqu'à la date d'échéance mentionnée dans le décompte de primes. Toute prime supplémentaire résultant du décompte de primes doit être payée dans les 30 jours suivant la demande par elipsLife du montant auprès du preneur d'assurance. Un éventuel remboursement de prime est effectué par elipsLife au preneur d'assurance dans le même délai à compter de la fixation du montant définitif de la prime.

7.5. Retard de paiement

Si la prime n'est pas payée dans les délais impartis, elipsLife envoie un rappel écrit (ou sous toute autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte) invitant le preneur d'assurance à payer les primes impayées, frais de rappel d'un montant de 50 CHF en sus, dans un délai de 14 jours (Suisse) ou de 4 semaines (Liechtenstein). Le rappel attire l'attention du preneur d'assurance sur les conséquences du non-respect de l'obligation de payer. Si, malgré le rappel, aucun paiement n'est effectué avant l'expiration du délai, l'obligation de fournir des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation, et ce jusqu'au paiement intégral des primes impayées, intérêts compris.

Pour les cas de prestations survenant pendant la suspension de l'obligation de verser des prestations, il n'existe aucun droit aux prestations, même en cas de paiement ultérieur des arriérés de prime. Si la prime impayée n'est pas recouvrée légalement dans les deux mois suivant l'expiration du délai de sommation, le contrat d'assurance prend fin.

7.6. Adaptation des primes

elipsLife se réserve le droit d'adapter la prime pour l'année civile suivante en fonction de la sinistralité individuelle ou de la modification du tarif. Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant la fin d'une année civile. Le preneur d'assurance est alors en droit de résilier le contrat d'assurance pour la fin de l'année d'assurance en cours. A défaut de résiliation, l'adaptation de la prime est réputée acceptée.

8. Droits et devoirs en cas de sinistre

8.1. Devoirs en cas de sinistre

Si un événement est susceptible de donner lieu à des prestations d'assurance:

- a) la personne assurée ou le preneur d'assurance est tenu de le déclarer immédiatement à elipsLife au moyen du formulaire mis à disposition. Une attestation médicale indiquant le degré et la durée de l'incapacité de travail doit également être jointe à la déclaration et être remise à elipsLife. Si la déclaration est effectuée tardivement sans justification suffisante, elipsLife n'octroie les prestations qu'à partir de sa date de réception. elipsLife doit être informée immédiatement de toute diminution du degré d'incapacité de travail. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, la personne assurée est tenue de remettre une attestation médicale de l'incapacité de travail toutes les quatre semaines. Tout décès doit être signalé dans les cinq jours.
- b) la personne assurée doit recevoir les soins médicaux appropriés le plus rapidement possible et observer les prescriptions du médecin;
- c) la personne assurée est tenue, sur demande d'elipsLife, de se soumettre à des examens médicaux effectués par des médecins mandatés par elipsLife. Les frais y afférents sont pris en charge par elipsLife.
- d) la personne assurée est tenue de déclarer à l'instance compétente tout droit à des prestations de la LAA, de la LAI ou de la LAPG qui n'a pas encore été clarifié;
- e) sur demande, elipsLife accorde, lors de l'admission de l'assuré dans un hôpital ou une clinique de rééducation, une garantie de paiement dans le cadre des prestations assurées. Dans ce cas, la demande de garantie de paiement doit être faite avant l'admission à l'hôpital ou à la clinique de rééducation.

8.2. Réduction des dommages

La personne assurée est tenue de tout mettre en œuvre pour limiter les prestations. La personne assurée dont l'incapacité de travail dans sa profession d'origine est vraisemblablement totale ou partielle est tenue d'utiliser sa capacité de gain résiduelle dans une autre profession ou un autre domaine d'activité ou de s'inscrire auprès de l'AC. elipsLife invite la personne assurée à adapter son activité ou à changer de poste ou de profession en lui fixant un délai raisonnable. La personne assurée est tenue de déclarer à l'AI un droit prévisionnel aux prestations (rente, reconversion, mesures professionnelles). Si elle refuse l'inscription à l'AI alors qu'elipsLife lui a demandé de l'effectuer, les indemnités journalières peuvent être réduites temporairement ou durablement, voire être refusées.

8.3. Obligation de renseigner

Dans tous les cas où la personne assurée ou le preneur d'assurance fait valoir un droit aux prestations auprès d'elipsLife, celle-ci met à sa disposition toutes les informations nécessaires à l'appréciation de l'obligation de fournir des prestations, du montant ou de la durée des prestations.

La personne assurée dégage les médecins traitants et les autres professionnels de la santé de l'obligation de garder le secret vis-à-vis d'elipsLife. A défaut du dégageant de l'obligation de garder le secret, le droit aux prestations peut être refusé si cela ne permet pas d'évaluer les prestations. elipsLife peut, le cas échéant, se procurer des renseignements auprès d'autres institutions d'assurance. La personne assurée et le preneur d'assurance donnent spontanément à elipsLife des renseignements sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité. Sur demande d'elipsLife, les décomptes de tiers doivent être envoyés.

Le preneur d'assurance est tenu de faire respecter l'obligation de renseigner la personne assurée. elipsLife peut dans tous les cas vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte et, le cas échéant, prendre des mesures de contrôle appropriées.

8.4. Echéance et paiement des prestations d'assurance

Les créances découlant du contrat d'assurance sont acquittées à l'expiration d'un délai de quatre semaines à compter de la date où elipsLife a reçu des données, documents et certificats médicaux lui permettant de s'assurer de l'exactitude et de l'étendue des prétentions.

Le paiement des frais de traitement est généralement effectué au fournisseur de prestations (médecins, hôpitaux, établissements de cure, etc.), mais il peut aussi être versé directement à la personne assurée. La personne assurée est l'ayant droit, à l'exception du capital décès selon les dispositions relatives au décès (cf. chiffre 2.6). Demeurent réservées les dispositions relatives au versement à la personne assurée et au preneur d'assurance conformément aux art. 8.4.1 et 8.4.2 des CGA.

Les dispositions relatives au versement à la personne assurée et au preneur d'assurance sont basées sur les lois fiscales correspondantes.

8.4.1. Versement à la personne assurée

Si des indemnités journalières soumises à l'impôt à la source sont versées directement à la personne assurée, elles sont déduites du montant de la retenue fiscale due à la source.

8.5. Droit de recours

Si elipsLife verse des frais de traitement ou des indemnités journalières à la place d'un tiers responsable, la personne assurée doit céder à elipsLife ses prétentions à hauteur de l'obligation de fournir des prestations.

9. Données des clients et protection des données

En vue d'évaluer le risque à assurer avant la conclusion du contrat d'assurance et de gérer la relation contractuelle, notamment en cas de prestation, elipsLife a besoin des données personnelles du preneur d'assurance et des personnes assurées. La collecte, le traitement et l'utilisation de ces données sont en principe régis par la loi. Il sera demandé au cas par cas aux personnes assurées leur consentement à la collecte et à l'utilisation de données médicales ainsi que la déclaration correspondante de levée de l'obligation de garder le secret. Dans ce cadre, elipsLife respecte systématiquement l'ensemble des dispositions des lois suisse et liechtensteinoise sur la protection des données (LPD). Les données relatives au présent contrat sont notamment traitées en Suisse et au Liechtenstein. Le traitement des données peut également avoir lieu sur d'autres sites d'Elips Life SA dans l'Espace économique européen (EEE). Sur le site web d'elipsLife, (www.elipsLife.com), à la rubrique «Téléchargements», figure la liste des entreprises du groupe elipsLife participant à un traitement centralisé des données, ainsi qu'une liste des mandataires et prestataires de services avec lesquels des relations commerciales à long terme sont nouées.

Exemples de ce type de transmission à des prestataires externes: expert, auditeur ou prestataire de services médicaux dans le domaine de l'assistance. Si la personne concernée peut faire valoir qu'en raison de sa situation personnelle, son intérêt légitime l'emporte sur l'intérêt d'elipsLife à la transmission des données, elle dispose d'un droit d'opposition. Toutefois, pour faire valoir le droit d'opposition, il ne suffit pas que la personne concernée refuse la transmission des données sans indiquer de motif. Le preneur d'assurance et les personnes assurées peuvent demander des renseignements sur les données enregistrées les concernant. En outre, le preneur d'assurance et les personnes assurées peuvent demander la rectification de leurs données si celles-ci sont inexactes ou incomplètes. Des droits à la suppression ou au blocage de ces données peuvent exister lorsque leur collecte, leur traitement ou leur utilisation s'avèrent illicites ou inutiles. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à l'adresse postale ou électronique suivante: elipsLife, Compliance, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zurich ou compliance@elipsLife.com.

Dans la mesure où elipsLife communique des données personnelles de tiers, en particulier de personnes assurées, le preneur d'assurance est tenu d'en informer ces personnes. Cette disposition s'applique indépendamment du fait qu'elipsLife soit elle-même tenue d'informer ou d'obtenir des consentements spécifiques et des levée de l'obligation de confidentialité.

Les données personnelles sont utilisées dans le cadre légal autorisé pour la publicité des produits d'assurance d'elipsLife et, le cas échéant, des produits d'autres sociétés du groupe et de leurs partenaires de coopération, ainsi que pour les études de marché et d'opinion d'elipsLife. Les personnes concernées peuvent s'opposer à tout moment à cette utilisation, sans exigence de forme. Elles peuvent faire opposition à tout moment à l'adresse susmentionnée ou à l'adresse électronique suivante: contact@elipsLife.com.

En outre, dans le cadre des prescriptions relatives à la protection des données, les données sont éventuellement collectées, traitées et utilisées à d'autres fins qui ne sont pas directement liées au contrat d'assurance. Il peut s'agir, par exemple, des fins suivantes:

- étude et optimisation des procédés informatiques;
- compilation de données internes à l'entreprise et de données interentreprises légalement autorisées;
- calculs tarifaires généraux;
- exercice des prétentions en justice et défense en cas de litige.

Dans le cadre du contrat d'assurance, des données peuvent également être communiquées à des tiers. Il peut s'agir en particulier de réassureurs (par exemple, lorsque les sommes assurées sont plus élevées, une partie des risques couverts par le présent contrat d'assurance est transférée à des réassureurs; dans ce cas, il peut être nécessaire de communiquer au réassureur des informations concernant le risque). Si, dans le cadre du présent contrat d'assurance, le preneur d'assurance est suivi par un intermédiaire d'assurance, nous lui communiquons également les données nécessaires au suivi. En outre, il peut être nécessaire de communiquer certaines informations à d'autres assureurs, par exemple dans le cadre d'un échange d'informations avec un assureur précédent ou une coassurance.

Lors de l'examen d'une proposition ou d'un cas d'assurance, il peut être nécessaire de poser des questions à d'autres assureurs ou de répondre à des demandes correspondantes d'autres assureurs en vue d'évaluer le risque ou d'établir des faits supplémentaires.

En vue de centraliser certaines unités au sein du groupe elipsLife et afin que le preneur d'assurance puisse, le cas échéant, bénéficier d'un conseil complet et efficace de la part d'autres entreprises du groupe elipsLife figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article, il déclare accepter en outre, par sa signature apposée sur la proposition d'assurance, qu'elipsLife fournisse aux entreprises concernées les informations relatives au traitement et à l'utilisation des données nécessaires à la prise de contact et à la réalisation du conseil. Les informations suivantes peuvent être fournies:

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

Dans ce cadre, le preneur d'assurance dégage également elipsLife et ses collaborateurs et collaboratrices de leur obligation de garder le secret en signant la proposition d'assurance. Dans ce contexte, elipsLife ne transmet pas de données concrètes sur l'état de santé des personnes assurées.

En signant la proposition d'assurance, le preneur d'assurance déclare accepter qu'elipsLife obtienne des informations sur son comportement de paiement ou sa solvabilité à des fins de gestion du contrat avant la conclusion du contrat et si nécessaire pendant la relation d'affaires active. Ce consentement est facultatif et peut être révoqué à tout moment avec effet futur. Les demandes de vérification de la solvabilité restent autorisées dans tous les cas dans le cadre des bases légales.

10. Dispositions finales

10.1. Compensation

elipsLife a le droit de compenser des prestations d'assurance échues par des créances envers le preneur d'assurance. La personne assurée ou le preneur d'assurance n'est pas autorisé à compenser des primes par des créances.

10.2. Cession et mise en gage

Les droits aux prestations assurées ne peuvent être ni cédés ni mis en gage avant leur établissement définitif sans l'accord exprès d'elipsLife.

10.3. Communications

Toutes les communications doivent être envoyées à elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Case postale, 8050 Zurich. Toutes les communications de la part d'elipsLife sont adressées en bonne et due forme à la dernière adresse indiquée par le preneur d'assurance, en Suisse ou au Liechtenstein.

10.4. For compétent

elipsLife reconnaît comme for Zurich, ou le domicile suisse ou liechtensteinois du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

10.5. Obligation de communiquer du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est tenu d'informer sans délai elipsLife de tout changement concernant l'adresse, l'activité commerciale ou d'autres facteurs pertinents pour le contrat.

10.6. Langue officielle

Le 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. Abréviations utilisées

AAV	Assurance-accidents des visiteurs
AC	Assurance-chômage
AI	Assurance-invalidité
AMil	Assurance militaire
AVS	Assurance vieillesse et survivants
CGA	Conditions générales d'assurance
CO	Code des obligations
CS	Conditions spéciales
EEE	Espace économique européen
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LAPG	Loi sur les allocations pour perte de gain
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LI	Liechtenstein
LPD	Loi fédérale sur la protection des données
LPGA	Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents
UVersG	Loi sur l'assurance-accidents (Liechtenstein)
UVersV	Ordonnance sur l'assurance-accidents (Liechtenstein)
VersVG	Loi sur le contrat d'assurance (Liechtenstein)