

Assurance-accidents complémentaire (LAAC)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Version 2014-1

Sommaire

Assurance-accidents complémentaire
(LAAC)
Conditions générales d'assurance (CGA)
pour la Suisse et le Liechtenstein

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. Accidents et maladies professionnelles assurés	3
1.5. Personnes assurées	3
1.6. Validité territoriale	3
1.7. Formulation au masculin et au féminin	3
2. Prestations d'assurance	3
2.1. Frais médicaux	3
2.2. Indemnité journalière d'hospitalisation	4
2.3. Indemnités journalières	5
2.4. Cas d'invalidité	5
2.5. Décès	7
2.6. Prestations versées sous forme de rente	7
2.7. Assurance du salaire post mortem	8
2.8. Risques spéciaux	8
3. Variantes d'assurance	8
3.1. Système salarial	8
3.2. Système par tête	8
4. Restrictions de l'étendue de la couverture	9
4.1. Exclusions	9
4.2. Réductions	9
4.3. Décès provoqué par un ayant droit	10
5. Début et fin de la couverture d'assurance	10
5.1. Début de la couverture d'assurance	10
5.2. Fin de la couverture d'assurance	10
5.3. Passage dans l'assurance individuelle	10
Début, durée et fin du contrat d'assurance	11
6.1. Début du contrat	11
6.2. Durée du contrat	11
6.3. Annulation du contrat	11
Primes	12
7.1. Calcul des primes	12
7.2. Prime anticipée	12
7.3. Décompte de primes et consultation	12
7.4. Paiement des primes et échéance	12
7.5. Sommation et conséquences	12
7.6. Adaptation des primes	12
7.7. Participation aux excédents	12
Droits et obligations en cas de sinistre	13
8.1. Obligations en cas de sinistre	13
8.2. Réduction du dommage	13
8.3. Obligation de renseigner	13
8.4. Echéance et paiement des prestations d'assurance	13
8.5. Droit de recours	14
Données des clients et protection des données	14
9.1. Gestion des données des clients	14
9.2. Transmission de données	14
9.3. Droit de se renseigner	14
Dispositions finales	15
10.1. Compensation	15
10.2. Cession et mise en gage	15
10.3. Communications	15
10.4. For	15
10.5. Prescription	15
10.6. Obligation d'informer du preneur d'assurance	15

1. Bases de l'assurance

1.1. Assureur

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

1.2. Bases du contrat

Forment les bases du contrat les déclarations écrites effectuées par le preneur d'assurance, les assurés et leurs représentants sur la proposition, les autres documents s'y rapportant et les rapports médicaux. Les droits et les obligations des parties contractantes sont fixés dans la police d'assurance, les avenants éventuels, les Conditions générales d'assurance (CGA), les Conditions complémentaires (CC) et les Conditions particulières (CP). Dans la mesure où une question n'est pas réglée expressément dans les documents précités, sont alors applicables les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance. Pour des raisons de lisibilité, les lois et ordonnances suisses (LAA, OAA) sont citées dans le présent texte. Pour les preneurs d'assurance domiciliés au Liechtenstein, sont applicables les lois et ordonnances (UVersG, UVersV) correspondantes.

1.3. Objet de l'assurance

elipsLife assure les conséquences économiques d'accidents et de maladies professionnelles dans le cadre des prestations convenues.

1.4. Accidents et maladies professionnelles assurés

L'assurance s'étend aux accidents professionnels et non professionnels, y compris aux maladies professionnelles, qui se produisent ou sont causés pendant la durée contractuelle de la présente assurance complémentaire et qui relèvent de l'indemnisation par l'assurance LAA. Sont également assurés les accidents se produisant pendant le service militaire suisse ou lors d'autres activités tombant sous le régime de l'assurance militaire fédérale (AM). De tels accidents sont considérés comme accidents non professionnels au sens de la LAA.

1.5. Personnes assurées

Sont assurés les personnes ou groupes de personnes mentionnés dans la police d'assurance. Le personnel prêté au preneur d'assurance par des entreprises tierces est exclu de la couverture de la présente assurance complémentaire.

1.6. Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

1.7. 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. Frais médicaux

Si l'assurance inclut les frais médicaux, elipsLife prend en charge les coûts suivants, reconnus selon la LAA et l'assurance militaire suisse (AM) mais non couverts par ces institutions (points 2.1.1 à 2.1.6).

2.1.1. Traitement médical

elipsLife prend en charge les dépenses nécessaires pour des mesures thérapeutiques médicales ou prescrites par un médecin en Suisse, au Liechtenstein et à l'étranger et fournies par un prestataire en vertu de l'art. 10 LAA ou de l'art. 10 UVersG ainsi que les frais de séjour en division semi-privée ou privée des hôpitaux et cliniques de réadaptation en Suisse, au Liechtenstein et à l'étranger.

Concernant les traitements dispensés à l'étranger: si l'assuré est transportable du point de vue médical, elipsLife décide si elle prend en charge les frais pour un traitement dispensé en Suisse, au Liechtenstein ou à l'étranger.

2.1.2. Soins à domicile

elipsLife prend en charge les dépenses occasionnées par les soins à domicile, sans montant limite durant 90 jours au plus par accident pour les services fournis sur ordonnance médicale par du personnel diplômé ou mis à disposition par une institution publique ou privée en vue de soigner la personne assurée. Ne sont néanmoins pas prises en charge les aides familiales qui n'exercent pas de fonction thérapeutique.

2.1.3. Moyens auxiliaires

elipsLife prend en charge les dépenses pour la première acquisition de prothèses, de lunettes, d'appareils acoustiques et de moyens auxiliaires orthopédiques. Sont également assurés leur réparation ou leur remplacement (valeur à neuf) dans la mesure où ils ont été endommagés ou détruits lors d'un accident engendrant un traitement médical assuré. Les moyens de locomotion mécaniques ainsi que les frais de construction, de modification, de location et d'entretien de biens immobiliers ne sont pas pris en charge. Les aides pour des moyens auxiliaires sont octroyées en fonction de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des moyens considérés (critères EAE).

2.1.4. Dommages matériels

elipsLife prend en charge les coûts de dommages causés par un accident aux objets qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps. Les frais de remplacement des lunettes, lentilles de contact, appareils acoustiques et prothèses dentaires ne sont pris en charge que si la lésion corporelle nécessite un traitement. Entrent en ligne de compte les dépenses pour la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) des objets précités.

2.1.5. Frais de voyage, de transport et de sauvetage

elipsLife prend en charge les coûts entraînés par

- a) les mesures de sauvetage et de dégagement rendues nécessaires par l'accident;
- b) les transports rendus nécessaires par l'accident, les transports par aéronefs n'étant couverts que s'ils sont indispensables pour des raisons médicales ou techniques;
- c) des opérations de recherches organisées pour le sauvetage et le dégagement de l'assuré, ceci jusqu'à concurrence de 20 000 CHF.

A la suite d'un accident survenant à l'étranger, si la personne assurée doit y être hospitalisée, et si son retour prévu en Suisse ou au Liechtenstein risque probablement d'être retardé d'au moins 14 jours, alors elle peut se faire transférer aux frais d'elipsLife dans un hôpital en Suisse ou au Liechtenstein. Dans cette situation, elipsLife prend en charge jusqu'à concurrence de 20 000 CHF les coûts occasionnés par des transports adaptés aux circonstances particulières, notamment à la nature des blessures et aux mesures médicales prises le cas échéant. Les éventuels frais de voyage économisés suite à ce transport et les remboursements de billets de train, d'avion et de bateau non utilisés seront déduits des prestations obligatoires d'elipsLife.

2.1.6. Transport du corps

elipsLife prend en charge les frais nécessaires jusqu'à concurrence de 20 000 CHF pour le transport du corps de la personne décédée accidentellement jusqu'au lieu où elle doit être inhumée (y compris les frais engendrés par les éventuelles formalités douanières). Les frais de transport sont remboursés à la personne qui prouve leur prise en charge. Si un membre de la famille du défunt accompagne le transport du corps, elipsLife prend en charge les frais de voyage pour une personne (train en 1^{re} classe, vol en classe économique).

2.1.7. Prestations de tiers

Si l'assuré a droit également à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire (LAA), de l'assurance-invalidité (AI), de l'assurance militaire suisse (AM) ou à d'autres types de prestations ou si un tiers civilement responsable est tenu de fournir de telles prestations, elipsLife complète ces prestations jusqu'à concurrence des frais de traitement encourus (assurance dommages).

2.1.8. Participation aux frais d'entretien durant une hospitalisation

La déduction opérée par l'assurance LAA sur l'indemnité journalière au titre de participation aux frais d'entretien durant une hospitalisation est prise en charge par la présente assurance.

2.1.9. Montant et durée des prestations

elipsLife prend en charge sans limitation de montant les frais de traitement occasionnés dans les cinq ans à compter du jour de l'accident; demeurent réservés les points 2.1.2, 2.1.3, 2.1.5 c et le point 2.1.6 al. 2.

2.2. Indemnité journalière d'hospitalisation

Pour la durée du séjour hospitalier ou de réadaptation ordonné par un médecin, elipsLife verse (outre l'éventuelle indemnité journalière assurée et les frais de traitement) l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue, mais au maximum durant 730 jours sur une période de cinq ans à compter du jour de l'accident.

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

2.3. Indemnités journalières

2.3.1. Durée d'allocation des prestations

elipsLife verse l'indemnité journalière par accident pendant 730 jours au plus sur une période de cinq ans à compter du jour de l'accident, mais au maximum jusqu'au moment du versement d'une prestation d'invalidité éventuellement due en vertu des dispositions relatives au cas d'invalidité (cf. point 2.4). Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès le recouvrement par l'assuré de sa pleine capacité de travail, dès le versement d'une prestation en capital due en cas d'invalidité ou de celui d'une rente d'invalidité ainsi qu'avec le décès de l'assuré.

2.3.2. Droit et délai d'attente

Le paiement de l'indemnité journalière débute le premier jour de l'incapacité de travail attestée par un médecin, mais au plus tôt trois jours avant le premier acte médical. Aucune indemnité n'est versée pour le jour de l'accident et le délai d'attente convenu. Les jours d'incapacité totale ou partielle de travail sont comptés comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente. Le délai d'attente est imputé sur la durée maximale des prestations de 730 jours en l'espace de cinq ans. En cas d'incapacité de travail partielle, le montant de l'indemnité journalière est fonction de l'étendue de l'incapacité de travail; une indemnité journalière n'est versée qu'à partir d'une incapacité de travail d'au moins 25%.

Les prestations d'autres assureurs et de tiers obligés de fournir des prestations sont prises en compte (assurance dommages).

2.3.3. Indemnités journalières pendant un congé sans solde

Pendant la durée du congé sans solde, aucune prestation d'une indemnité journalière n'est due à l'issue de la couverture prolongée du risque. Si la personne assurée tombe malade pendant le congé sans solde (au plus tard 180 jours après l'expiration de la couverture prolongée du risque selon l'art. 5.2), 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.

2.4. Cas d'invalidité

Le droit à des prestations en cas d'invalidité est examiné au plus tôt au moment où il faut s'attendre à ce que le traitement médical ne permette plus une amélioration notable de l'état de santé. Si l'accident entraîne dans les cinq ans une invalidité théorique sur le plan médical et vraisemblablement permanente, elipsLife paie le capital en cas d'invalidité qui est déterminé en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de prestations choisie.

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

L'invalidité médicale théorique est déterminée schématiquement par le médecin-conseil sur la base des principes stipulés à l'art. 2.4.1. Dans ce calcul, une éventuelle incapacité de gain ou de travail survenue à la suite de l'événement n'est pas prise en compte. Seule la personne assurée a droit au capital en cas d'invalidité (capital AI). Le droit au capital AI s'éteint avec le décès de la personne assurée.

2.4.1. Détermination du degré d'invalidité

- a) Le degré de l'invalidité (degré AI) est déterminé conformément aux dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OAA, annexe 3; UVersV, annexe 4) et aux barèmes ressortant des tables 1 à 22 de la Suva. En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou d'un organe, le degré d'invalidité est réduit en proportion.
- b) Pour une déformation grave et durable du corps humain provoquée par un accident (dommages esthétiques, par exemple cicatrices), pour laquelle aucun capital en cas d'invalidité n'est dû mais qui produit néanmoins une détérioration de la position sociale de l'assuré, elipsLife verse:
 - 10% de la somme d'assurance (sans progression) convenue dans la police d'assurance pour une invalidité, en cas de défiguration et/ou
 - 5% en cas de déformation d'autres parties du corps habituellement visibles.La prestation pour les dommages d'ordre esthétique est limitée à 20 000 CHF.
- c) En cas de perte simultanée ou de privation simultanée de l'usage de plusieurs parties du corps, le degré d'invalidité s'obtient en règle générale par l'addition de leurs pourcentages sans que le total puisse excéder 100%.
- d) Si des parties du corps, des fonctions corporelles ou des fonctions psychiques et mentales étaient déjà entièrement ou partiellement perdues ou inutilisables avant l'accident en raison d'une maladie, d'une infirmité congénitale ou d'accidents antérieurs, le degré d'invalidité préexistant déterminé selon les principes susmentionnés est déduit du nouveau degré d'invalidité. Si les séquelles de l'accident sont aggravées par de tels facteurs étrangers à l'accident survenus simultanément, une réduction proportionnelle est effectuée.
- e) Les modifications du degré d'invalidité intervenant après ce constat du degré d'invalidité, à savoir aussi les rechutes et les séquelles tardives, ne sont pas prises en compte.

2.4.2. Détermination du capital en cas d'invalidité

Si aucune progression n'est convenue, le capital d'invalidité est déterminé avec un facteur 1 à partir du degré d'invalidité et de la somme d'assurance. Si une progression est convenue, le facteur est déterminé en fonction des variantes de prestations A ou B, ce qui permet de déterminer le capital d'invalidité. Pour une invalidité totale (100%), la variante A correspond à une progression de 225%, la variante B de 350%.

Degré d'invalidité	Variante A	Variante B
Part du degré AI ≤ 25%	1x Part du degré AI	1x Part du degré AI
Part du degré AI >25% ≤ 50 %	2x Part du degré AI	3x Part du degré AI
Part du degré AI >50%	3x Part du degré AI	5x Part du degré AI

Pour un degré AI de 70% et la variante A, cela donne le facteur 135% (25%*1+25%*2+20%*3).

Par conséquent, la prestation en pour cent de la somme d'assurance convenue en cas d'invalidité est allouée comme suit:

Degré AI	Variante A	Variante B	Degré AI	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%

2.4.3. Versement sous forme de rente

Si, au moment de la fixation du degré d'invalidité, l'assuré a atteint l'âge de 65 ans révolus, la prestation d'assurance pour une invalidité permanente au sens des dispositions ci-dessus est versée sous forme de rente viagère. La rente est fixée à titre définitif (est déterminant l'âge lors de la décision AI) et est versée avant le début de chaque trimestre. Seule la personne assurée y a droit.

Âge lors de la décision	Rente annuelle par 1000 CHF du capital invalidité
66 ans	68 CHF
67 ans	71 CHF
68 ans	74 CHF
69 ans	77 CHF
à partir de 70 ans	80 CHF

2.4.4. Frais de reconversion en cas de maladie professionnelle

Si à la suite d'une maladie professionnelle pour laquelle l'assureur LAA a servi des prestations, une reconversion professionnelle s'avère nécessaire, elipsLife prend en charge les frais correspondants en complément des prestations servies par la LAA et l'AI, jusqu'à concurrence de 10% de la somme assurée en cas d'invalidité (sans progression).

2.5. Décès

Si l'assuré décède dans les cinq ans des suites d'un accident, elipsLife paie la somme assurée en cas de décès sous déduction de l'éventuelle indemnité en cas d'invalidité déjà servie pour le même accident. Si l'assuré a moins de 16 ans ou plus de 65 ans, le capital-décès s'élève à 20 000 CHF au maximum. En dérogation aux dispositions suivantes, l'assuré peut désigner des bénéficiaires ou exclure des ayants droit en transmettant une déclaration correspondante écrite à elipsLife. Une telle déclaration peut être révoquée ou modifiée en tout temps par une communication écrite à elipsLife. A défaut de désignation particulière, sont considérés comme bénéficiaires dans l'ordre suivant et à titre exclusif

- le conjoint ou le partenaire enregistré,
- les enfants,
- les parents à parts égales.

Si l'assuré ne laisse aucun des ayants droit précités, elipsLife prend seulement en charge les frais d'inhumation jusqu'à concurrence de 10% de la somme assurée en cas de décès, mais au maximum 10 000 CHF. Les ayants droit survivants d'une personne assurée reçoivent les prestations également dans le cas où ils répudient la succession. Les prestations n'entrent pas dans la succession du défunt.

Les prestations d'autres assureurs et de tiers civilement responsables ne sont pas prises en compte (assurance de sommes). Un éventuel capital d'invalidité déjà versé pour le même accident est déduit du capital-décès.

2.6. Prestations versées sous forme de rente

Dans le cadre des salaires excédentaires, des prestations versées sous forme de rente peuvent être assurées en complément ou en lieu et place des couvertures en capital mentionnées aux points 2.4 et 2.5. Les prestations dues échoient dès la constatation du caractère a priori permanent de l'invalidité (début de la rente selon la LAA) et dès l'arrêt du versement des indemnités journalières par l'assureur LAA. Les dispositions de la LAA s'appliquent au rachat des rentes. Les rentes ne bénéficient pas d'une compensation du renchérissement. En vertu de conditions particulières (CP), le gain maximal assurable versé sous forme de rente peut être relevé de 250 000 CHF à 300 000 CHF au maximum (après déduction du salaire LAA selon point 3.1.1).

Les prestations d'autres assureurs et de tiers obligés de fournir des prestations sont prises en compte (assurance dommages).

2.6.1. Rentes de survivants dans le cadre du salaire excédentaire

En cas de décès, elipsLife verse les rentes convenues aux survivants. Les rentes de survivants sont versées aussi longtemps que les rentes selon la LAA. Le conjoint divorcé n'a pas droit à une rente de survivant. Les dispositions relatives à la rente complémentaire ne sont pas applicables.

2.6.2. Rente d'invalidité dans le cadre du salaire excédentaire

elipsLife verse en cas d'invalidité totale la rente d'invalidité convenue; en cas d'invalidité partielle, une rente réduite au prorata. La rente d'invalidité est versée aussi longtemps que les rentes selon la LAA. En outre, les dispositions de la LAA s'appliquent, à l'exception de celles concernant la rente complémentaire.

2.7. Assurance du salaire post mortem

En cas de décès d'un employé à la suite d'un accident assuré, si celui-ci laisse derrière lui un conjoint, des enfants mineurs ou, à défaut, des personnes envers lesquelles il avait une dette alimentaire, elipsLife s'acquitte de l'obligation légale de verser le salaire au sens de l'art. 338, al. 2 du Code des obligations (ou de l'art. 1173a ABGB/art. 58 al. 2) incombant au preneur d'assurance en sa qualité d'employeur. elipsLife renonce à déduire de ces prestations post mortem les prestations d'assurance ou de prévoyance revenant aux survivants de l'employé décédé. Les prestations d'elipsLife ne tiennent pas compte d'éventuels engagements pris par le preneur d'assurance en faveur d'un versement du salaire sur une période plus longue que celle prévue par les dispositions légales. Les prestations susmentionnées ne sont versées que si le présent contrat couvre l'indemnité journalière et/ou un capital-décès.

2.8. Risques spéciaux

Si les risques spéciaux sont assurés, les réductions et les refus de prestations applicables à l'assurance conformément à la LAA et à l'assurance militaire fédérale (AM) sont pris en charge en cas d'accidents attribuables à une négligence grave ou à des actes téméraires (à l'exception de la provocation intentionnelle de l'accident). Concernant les prestations découlant d'un éventuel contrat complémentaire, elipsLife renonce également à réduire ou à refuser ses prestations en cas d'accidents attribuables à une négligence grave ou à des actes téméraires (à l'exception de la provocation intentionnelle de l'accident).

Si des prestations sont dues par un tiers civilement responsable ou l'assureur de celui-ci, celles-ci sont alors intégralement portées en déduction des prestations servies par elipsLife. Si des prestations sous forme de rente sont dues, elipsLife se réserve le droit de compenser les engagements de rente par une indemnité en capital. elipsLife peut opter pour le versement en capital tant au début du droit à la rente que pendant la durée de la rente. Le capital est calculé conformément aux directives de la Suva (capitalisation des rentes en fin d'année).

3. Variantes d'assurance

3.1. Système salarial

L'assurance peut être conclue en fonction du système salarial, les primes et les prestations en espèces étant calculées sur la base des salaires, c'est-à-dire du gain assuré.

3.1.1. Salaire LAA

Les prestations se calculent en fonction du salaire déclaré à elipsLife. Est réputé salaire LAA le gain assuré selon la LAA jusqu'à concurrence du montant maximal fixé par la loi.

3.1.2. Salaire excédentaire

Est réputé salaire excédentaire la part du salaire dépassant le montant maximal de la LAA. Le salaire excédentaire maximal assurable par personne et par année se calcule en fonction de la différence entre 250 000 CHF et le salaire correspondant au maximum LAA. Pour les assurés qui se sont affiliés à titre facultatif à l'assurance LAA, le salaire convenu à l'avance avec elipsLife sert de base de calcul pour déterminer les prestations d'assurance. Dans la mesure où un salaire annuel fixe est convenu, c'est ce salaire qui est réputé gain assuré.

3.1.3. Pluralité d'employeurs

Si l'assuré travaillait pour plusieurs employeurs avant l'accident, seul le gain réalisé chez le preneur d'assurance est déterminant.

3.2. Système par tête

L'assurance peut être conclue selon le système par tête avec des sommes de salaire fixes et des primes qui sont calculées sur la base du nombre des assurés ou des journées de travail.

4. Restrictions de l'étendue de la couverture

4.1. Exclusions

Sont exclus de l'assurance les accidents:

- a) déjà survenus au moment de l'entrée en vigueur du contrat;
- b) directement ou indirectement dus à des événements de guerre ou à des troubles. Cette restriction ne s'applique pas aux événements dus directement ou indirectement à des événements de guerre auxquels la personne assurée a été exposée ou à des troubles auxquels elle n'a pas participé activement, et ce alors qu'elle séjournait hors de Suisse ou du Liechtenstein. La disposition suivante demeure réservée si la personne assurée séjourne volontairement dans une région en guerre;
- c) survenant dans une région dans laquelle la personne assurée s'est rendue en dépit de la recommandation du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) de ne pas s'y rendre ou qu'elle n'a pas quittée dans les 14 jours suivant la diffusion d'une telle recommandation. (www.eda.admin.ch);
- d) découlant de tremblements de terre en Suisse et au Liechtenstein;
- e) découlant de dangers extraordinaires. Sont considérés comme tels:
 - le service militaire à l'étranger,
 - la participation à des actes de guerre ou de terrorisme,
 - les suites de désordres de tout genre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'y a pas participé activement aux côtés des auteurs de troubles ni en tant qu'instigateur;
- f) en cas de perpétration intentionnelle de crime ou de délit ou de leur tentative;
- g) découlant de l'effet de radiations ionisantes et de dommages causés par l'énergie nucléaire;
- h) lorsque l'assuré présente un taux d'alcoolémie de 1,8 ‰ ou plus, à moins qu'il n'existe manifestement aucune relation de cause à effet entre l'état d'ébriété et l'accident;
- i) découlant d'entreprises téméraires (les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures);
- j) découlant d'un suicide ou d'atteintes à la santé que l'assuré a portées à son propre corps intentionnellement ou dans un état d'incapacité totale ou partielle de discernement;
- k) découlant de l'absorption ou de l'injection de médicaments, de drogues, de méthadone et de produits chimiques, qui n'ont pas été prescrits par un médecin;
- l) découlant de l'administration d'héroïne sur prescription médicale;
- m) découlant d'interventions médicales ou chirurgicales qui n'ont pas de lien avec un accident assuré;
- n) lors de l'utilisation d'aéronefs comme pilote militaire, autre membre d'équipage militaire et grenadier-parachutiste;
- o) lors de sauts en parachute dans l'exercice d'activités militaires;
- p) lors de voyages aériens si l'assuré enfreint intentionnellement les prescriptions des autorités ou n'est pas en possession des licences et autorisations officielles.

4.2. Réductions

4.2.1. Négligence grave

elipsLife renonce à son droit de réduire les prestations de l'assurance complémentaire lorsqu'un accident assuré a été provoqué par une négligence grave.

4.2.2. Pluralité d'assureurs

Si les frais de traitement ou les indemnités journalières en vue de couvrir la perte de gain sont assurés auprès de plusieurs compagnies concessionnaires, ils ne sont indemnisés qu'une seule fois au total, et cela proportionnellement aux prestations garanties ensemble par tous les assureurs concernés.

4.2.3. Prestations de tiers

Lorsque des indemnités pour frais médicaux ou indemnités journalières en vue de couvrir la perte de gain sont prises en charge par un tiers responsable ou son assureur, par l'assurance LAA, l'AI ou l'AM, ou par d'autres assurances, elles sont déduites intégralement des prestations d'elipsLife.

4.2.4. Facteurs étrangers à l'accident

Les prestations au titre des frais de traitement, de l'indemnité journalière d'hospitalisation et de l'indemnité journalière ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à un accident assuré.

Par contre, les prestations en cas de décès et d'invalidité sont réduites si l'atteinte à la santé a été influencée par des facteurs sans lien avec l'accident. Les réductions sont déterminées au vu de l'examen médical.

4.2.5. Inobservation des obligations en cas de sinistre

En cas d'infraction fautive par les assurés, le preneur d'assurance ou les ayants droit aux obligations leur incombant, elipsLife est en droit de réduire la prestation d'assurance du montant qui aurait été économisé si l'obligation avait été respectée (cf. les dispositions relatives aux droits et aux obligations en cas de sinistre selon points 8.1 et 8.2).

4.2.6. Disproportion entre revenu effectif et gain assuré

En assurance complémentaire à une assurance facultative selon l'art. 4f LAA ou 4f UVersG, les prestations en espèces peuvent être réduites s'il existe un écart manifeste entre le gain assuré et les revenus effectivement perçus. C'est en particulier le cas lorsque les revenus perçus au cours des trois années précédant l'accident s'élèvent en moyenne à moins de 75% du gain assuré. Les prestations peuvent être réduites indépendamment de ce délai s'il s'avère que le gain à assurer déclaré par le preneur d'assurance à la conclusion du contrat était manifestement erroné.

Dans un tel cas, les prestations en espèces sont versées sur la base d'un gain assuré réduit. Le gain assuré réduit correspond aux revenus effectifs diminués du gain assuré en assurance facultative selon l'art. 4f LAA ou 4f UVersG.

4.3. Décès provoqué par un ayant droit

Si une personne bénéficiaire des prestations en cas de décès a provoqué intentionnellement ou en état de capacité de discernement entière ou partielle (par sa propre faute ou non) le décès de l'assuré en commettant un crime ou un délit, elle ne peut prétendre au capital dû en cas de décès. Ce dernier sera versé aux autres ayants droits au sens de la disposition relative au décès selon le point 2.5.

5. Début et fin de la couverture d'assurance

5.1. Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend effet pour chaque assuré dès le jour où l'assuré considéré commence son travail dans l'entreprise assurée ou aurait dû le commencer comme convenu mais en a été empêché contre son gré; mais dans tous les cas au moment où il se rend au travail, au plus tôt cependant le jour de l'entrée en vigueur du contrat indiqué dans la police d'assurance. Les accidents ou séquelles d'accident déjà existantes au moment où débute le travail ne sont pas assurés.

5.2. Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance expire pour chaque assuré:

- a) lorsqu'il quitte l'entreprise assurée (également en cas de chômage ou de conclusion éventuelle d'une assurance dite par convention spéciale) ou
- b) à l'extinction de la police d'assurance,
- c) 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.

En l'absence de couverture subséquente à l'issue des rapports de travail, une couverture prolongée de 30 jours est octroyée (de 31 jours pour les mois comptant 31 jours).

5.3. Passage dans l'assurance individuelle

5.3.1. Droit de passage

Tout assuré résidant en Suisse ou au Liechtenstein a le droit de passer dans l'assurance individuelle,

- a) s'il quitte le cercle des assurés;
- b) lorsque le contrat s'éteint.

La personne assurée doit faire valoir par écrit le droit de passage dans les 30 jours suivant la sortie de l'entreprise assurée. Le droit de passage se limite aux prestations dues en cas d'entrée sans examen dans l'assurance individuelle. L'assurance est poursuivie au titre d'assurance individuelle en tenant compte de la situation individuelle de la personne assurée ou elle est transformée en une assurance-accidents indépendante. Dans le cadre du passage, seules peuvent être couvertes au maximum les prestations assurées jusque-là. Par rapport au catalogue de prestations proposées par l'assurance collective, l'assurance-accidents individuelle peut être plus limitée aussi bien en termes de montant que de durée.

L'assurance est poursuivie aux conditions et au tarif de l'assurance individuelle en vigueur au moment du passage. Le montant du gain assuré se limite au revenu lucratif actuel ou à la prestation de l'assurance-chômage (AC), mais au maximum au gain assuré jusque-là ou au gain maximal assurable de l'assurance individuelle. Les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative peuvent s'assurer jusqu'à concurrence de la rente simple AVS maximale.

5.3.2. Imputation de prestations déjà perçues

La durée de l'assurance existante ainsi que les prestations touchées découlant de cette assurance collective sont imputées sur l'assurance individuelle.

5.3.3. Exclusion du droit de passage

Aucun droit de passage n'est accordé:

- a) lorsque la personne assurée change d'emploi et passe dans l'assurance de son nouvel employeur;
- b) lorsque ce contrat s'éteint et qu'il est maintenu auprès d'un autre assureur pour le même cercle de personnes;
- c) pendant la durée d'une couverture provisoire;
- d) lorsque la personne assurée prend sa retraite, au plus tard à l'âge ouvrant le droit à une rente AVS;
- e) lorsque la personne assurée élit domicile à l'étranger;
- f) pour les personnes dont le rapport de travail se termine pendant la période d'essai ou a duré moins de trois mois ainsi que pour les personnes engagées pour une durée limitée.

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

6.1. Début du contrat

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.

6.2. Durée du contrat

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.

6.3. Annulation du contrat

6.3.1. Résiliation à l'échéance

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.

6.3.2. 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 que le preneur d'assurance transfère son siège social à l'étranger;
- c) dès qu'une procédure de faillite est ouverte à son encontre.

6.3.3. Résiliation en cas d'adaptation des primes

En cas d'adaptation des primes, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans son ensemble ou uniquement la partie relative au genre de prestations ayant fait l'objet de l'augmentation de la prime dans les 30 jours suivant la communication pour la date de l'entrée en vigueur.

6.3.4. 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.

7. Primes

7.1. Calcul des primes

7.1.1. Système salarial

Sont déterminants pour le calcul des primes:

- a) pour l'assurance dans le cadre des salaires LAA: le salaire soumis aux primes de l'assurance LAA jusqu'à concurrence du montant maximal fixé par la loi;
- b) pour l'assurance dans le cadre des salaires excédentaires: la part du salaire dépassant le montant maximal de l'assurance LAA, dans la mesure où le salaire excédentaire ne dépasse pas 250 000 CHF par personne et par an;
- c) pour les assurés avec un salaire annuel fixe: le gain assuré convenu à l'avance;
- d) pour les assurés qui ont adhéré à titre facultatif à la LAA: le salaire convenu à l'avance.

7.1.2. Système par tête

Est déterminant pour le calcul des primes le nombre d'assurés ou de journées de travail.

7.2. Prime anticipée

Au début de l'année d'assurance, le preneur d'assurance doit tout d'abord payer la prime anticipée fixée provisoirement dans la police d'assurance. Celle-ci correspond le plus possible à la prime présumée définitive. En cas d'évolution sensible des conditions (p. ex. en cas de fluctuation de l'effectif de plus de 20%), la prime anticipée peut être adaptée pour le début de l'année d'assurance suivante.

7.3. Décompte de primes et consultation

Après expiration de chaque année d'assurance ou après résiliation du contrat, le décompte de primes est effectué sur la base des données salariales définitives. A cet effet, elipsLife fait parvenir au preneur d'assurance un formulaire en l'invitant à lui communiquer les indications qui entrent en ligne de compte pour l'établissement du décompte de primes. Si le solde de la prime à verser ou à rembourser est inférieur à 10 CHF, les parties contractantes renoncent au paiement complémentaire ou au remboursement.

Si, dans les 30 jours dès réception du formulaire de déclaration, le preneur d'assurance ne retourne pas à elipsLife la déclaration relative au décompte de prime, elipsLife est en droit de fixer la prime présumée définitive sur la base de sa propre appréciation.

elipsLife a le droit de vérifier les indications du preneur d'assurance en consultant tous les documents déterminants (comptabilité salariale, justificatifs, décomptes AVS). Si le preneur d'assurance refuse de se montrer coopératif lors de la détermination de la prime définitive, elipsLife peut alors dénoncer le contrat.

7.4. Paiement des primes et échéance

Les primes sont dues à l'avance pour le début d'une nouvelle année civile. Une prime complémentaire découlant du décompte de prime doit être acquittée dans les 30 jours qui suivent celui où elipsLife a invité le preneur d'assurance à en payer le montant. elipsLife procédera dans les mêmes délais à un éventuel remboursement de prime au preneur d'assurance dès la détermination du montant définitif de la prime.

7.5. Sommation et conséquences

Si la prime n'est pas acquittée dans les 30 jours à compter de la date de son échéance, elipsLife somme le preneur d'assurance par écrit, en mentionnant les conséquences d'un retard, d'en effectuer le paiement dans les 14 jours (Suisse) ou 4 semaines (Liechtenstein) à partir de l'envoi de la sommation. Si la sommation demeure sans effet, l'obligation de verser des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai légal. Si elipsLife n'a pas exigé le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation, elle est censée s'être départie du contrat et avoir renoncé au paiement des primes arriérées.

7.6. Adaptation des primes

Lorsque les primes changent, elipsLife peut demander l'adaptation du contrat avec effet dès l'année d'assurance suivante. A cet effet, elle communiquera les nouvelles dispositions contractuelles au preneur d'assurance au moins 30 jours avant l'expiration de l'année d'assurance. Pour la fin du contrat, elipsLife peut adapter les taux de prime à l'évolution constatée des sinistres. Le preneur d'assurance a alors le droit dans les deux cas de résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. En outre, les dispositions relatives à la résiliation en cas d'adaptation des primes selon le point 6.3 sont applicables. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, l'adaptation du contrat d'assurance est considérée comme acceptée.

7.7. Participation aux excédents

Une participation aux excédents peut être convenue. Si une participation aux excédents est convenue, le preneur d'assurance participe après trois années d'assurance entières (= période de décompte) à un éventuel excédent

résultant de son contrat d'assurance. L'excédent est déterminé en déduisant les prestations d'assurance allouées et réservées de la part de prime déterminante et afférente à la période de décompte considérée. La part déterminante de la prime et le système de la 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 provisionnées. Les pertes ne sont pas reportées sur la période de décompte suivante. Lorsque des accidents sont déclarés après le décompte, alors qu'ils concernent la période de décompte écoulée, elipsLife peut établir un nouveau décompte de la participation à l'excédent de primes pouvant donner droit à un versement complémentaire ou à un remboursement de l'excédent versé.

Si le contrat n'a pas été en vigueur de manière ininterrompue pendant la période de décompte convenue, celle-ci se prolonge au prorata de la durée de suspension du contrat. Le droit à une participation aux excédents s'éteint lorsque le contrat prend fin avant le terme d'une période de décompte.

Aucune participation aux excédents n'est octroyée sur les prestations en rente.

8. Droits et obligations en cas de sinistre

8.1. Obligations en cas de sinistre

Si un événement entraîne vraisemblablement le versement de prestations d'assurance:

- a) la personne assurée ou le preneur d'assurance doit en aviser sans délai elipsLife au moyen du formulaire mis à disposition. 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, Un décès doit être annoncé dans les cinq jours;
- 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, même si celui-ci n'est pas encore clarifié;
- e) en cas d'admission de l'assuré dans un hôpital ou une clinique de réadaptation, elipsLife délivre sur demande une garantie de prise en charge dans les limites des prestations assurées. Dans ce cas, la demande de garantie de prise en charge doit être déposée avant l'admission à l'hôpital ou à la clinique de réadaptation.

8.2. Réduction du dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à la réduction des prestations. 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 suspendues.

8.3. 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.

8.4. Échéance et paiement des prestations d'assurance

Les créances résultant du contrat d'assurance sont échues quatre semaines après le moment où elipsLife a reçu les renseignements, documents et certificats médicaux de nature à lui permettre de se convaincre de l'exactitude et de l'étendue des prétentions. Les frais de traitement sont versés en règle générale à l'assuré, mais ils peuvent également être versés directement au fournisseur de prestations (médecins, hôpitaux, établissements de cure, etc.). L'ayant droit

est la personne assurée, à l'exception de la somme due en cas de décès selon les dispositions relatives au cas de décès (cf. point 2.6). Les dispositions relatives au versement à la personne assurée et au preneur d'assurance selon les points 8.4.1 et 8.4.2 demeurent réservées.

Les dispositions relatives aux paiements dus à la personne assurée et au preneur d'assurance s'appuient sur les lois fiscales correspondantes.

8.4.1. Versement à la personne assurée

Si des indemnités journalières assujetties à l'impôt à la source sont versées directement à la personne assurée, elles sont réduites du montant de la déduction fiscale due à la source.

8.4.2. Versement au preneur d'assurance

Les indemnités journalières assujetties à l'impôt à la source peuvent être virées intégralement au preneur d'assurance. Le preneur d'assurance répond de tous les dommages qui pourraient résulter à elipsLife du fait de l'inobservation de cette obligation, notamment en ce qui concerne le paiement de l'impôt à la source dans les délais impartis.

8.5. Droit de recours

Lorsqu'elipsLife fournit des prestations au titre des frais médicaux ou d'indemnités journalières en lieu et place d'un tiers responsable, l'assuré doit céder ses droits à elipsLife à hauteur de son obligation.

9. Données des clients et protection des données

9.1. Gestion des données des clients

Les données nécessaires au bon déroulement du contrat sont traitées par elipsLife de manière confidentielle et en adéquation avec les lois suisses et liechtensteinoises.

Si les données nécessaires à la gestion du contrat sont plutôt d'ordre général, comme l'adresse, l'âge, etc., celles requises pour le traitement de la proposition et la fourniture des prestations touchent essentiellement l'état de santé de la personne à assurer. Celles-ci sont enregistrées et archivées électroniquement ou physiquement par elipsLife. Il s'agit également de données concernant des contrats qui ne sont pas en vigueur ou pour lesquels la première prime n'a pas été acquittée.

Toute proposition ou déclaration signées concernant d'un cas donnant droit à prestations habilite elipsLife à traiter les données correspondantes, mais aussi à réclamer les informations manquantes auprès de tiers (médecins, hôpitaux, assureur précédent, administrations, etc.). La réclamation de telles données implique systématiquement la communication de données personnelles à ces tiers.

Si le preneur d'assurance a mandaté un courtier pour défendre ses intérêts, elipsLife autorise alors ce dernier à consulter les données correspondantes dans la mesure où le client lui a donné procuration en ce sens.

Sans l'assentiment de la personne concernée, elipsLife ne communiquera les données personnelles de celle-ci qu'aux éventuels réassureurs.

9.2. Transmission de données

elipsLife peut déléguer à des tiers en Suisse ou à l'étranger tout ou partie des domaines d'activités nécessaires pour l'administration de ce produit et leur transmettre les données requises à la bonne réalisation des tâches correspondantes. Dans un tel cas, les données demeurent protégées conformément aux dispositions de la loi sur la protection des données.

9.3. Droit de se renseigner

Le preneur d'assurance et la personne assurée ont à tout moment le droit de demander des renseignements sur les données traitées par elipsLife ou d'interdire à elipsLife le traitement de tout ou partie de ces données. Demeure réservée la communication des données prévue dans la loi.

10. Dispositions finales

10.1. Compensation

elipsLife a le droit de compenser des prestations d'assurance échues par des créances à l'égard du preneur d'assurance.

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. 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.

10.4. For

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

10.5. Prescription

Le droit aux prestations du preneur d'assurance à l'égard d'elipsLife se prescrit par deux ans à compter du fait entraînant pour elipsLife l'obligation de prestations .

10.6. 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.