

Corporate Plan

Conditions générales d'assurance (CGA)

Version 2017-01



Sommaire

Corporate Plan Conditions générales
d'assurance (CGA) pour la Suisse

1.	Bases de l'assurance	4
1.1.	Principes	4
1.2.	Assureur	4
1.3.	Preneur d'assurance	4
1.4.	Personne assurée	4
1.5.	Bénéficiaires	4
1.6.	Risques assurés	4
1.7.	Étendue de la couverture d'assurance	4
1.8.	Durée et fin du contrat	4
1.9.	Primes	4
1.10.	Obligations du preneur d'assurance	4
1.11.	Obligations de la personne assurée	4
1.12.	Participation aux excédents	4
1.13.	Valeur de rachat	4
1.14.	Traitement des données personnelles	4
1.15.	Bases légales	5
1.16.	Secret professionnel	5
1.17.	Droit applicable	5
2.	Cercle de personnes assurées	5
2.1.	Conditions	5
2.2.	Groupes d'assurés	5
3.	Prestations	5
3.1.	Risques assurés	5
3.2.	Prestations assurées	5
3.3.	Salaire AVS	7
3.4.	Exigibilité de la prestation	7
3.5.	Réglementation relative aux bénéficiaires en cas de décès	7
3.6.	Mise en gage et cession de prestations	8
4.	Limitations et exclusions	8
4.1.	Limitations des prestations d'assurance	8
4.2.	Exclusions de prestations d'assurance	8
5.	Tarif et primes	9
5.1.	Prime	9
5.2.	Base de calcul	9
5.3.	Bases actuarielles	9
5.4.	Obligations de déclarer du preneur d'assurance	10
5.5.	Païement des primes	10
6.	Obligations d'information et de déclaration	10
6.1.	Information pour l'évaluation des risques lors de la conclusion du contrat	10
6.2.	Obligations de déclarer pendant la durée du contrat	10
6.3.	Obligation d'informer du preneur d'assurance à l'égard des assurés	11
7.	Évaluation des risques	11
8.	Évaluation des risques individuels	11
8.1.	Principe	11
8.2.	Procédure d'appréciation dans le cadre de l'évaluation individuelle de l'état de santé	11
8.3.	Procédure ordinaire	12
8.4.	Réserve pour raisons de santé	12
8.5.	Exclusion	12
8.6.	Couverture d'assurance définitive	12
8.7.	Couverture d'assurance provisoire	12
9.	Réticence	12
10.	Obligations en cas de prestation	13
10.1.	Déclaration d'un cas d'assurance	13
10.2.	Évaluation des sinistres	13
10.3.	Reconnaissance des sinistres	13

11. Résiliation du contrat	14
11.1. Dispositions générales	14
11.2. Couverture d'assurance après la résiliation du contrat	14
11.3. Droit de résiliation extraordinaire	14
12. Divergences d'opinion	14

1. Bases de l'assurance

1.1. Principes

L'assurance a pour objectif la protection contre les conséquences économiques dues à une invalidité ou à un décès dans le cadre d'une assurance collective.

1.2. Assureur

L'assureur est Elips Life AG, Triesen, branche suisse de Zurich (ci-après «elipsLife»).

1.3. Preneur d'assurance

Le preneur d'assurance et partenaire contractuel d'elipsLife est la personne morale mentionnée dans le contrat d'assurance. Il s'agit de l'organisateur de groupe à qui un cercle de personnes déterminé peut être attribué. Peuvent être considérés comme organisateur de groupe un employeur, une fondation, une association professionnelle ou d'autres entités.

1.4. Personne assurée

Les personnes assurées sont les personnes qui appartiennent au cercle de personnes mentionnées dans le contrat d'assurance. Par cercle de personnes, on entend un groupe de personnes, comme les employés d'une entreprise, les bénéficiaires d'une fondation ou les membres d'une association ou d'une coopérative. La personne appartenant à un cercle de personnes est dénommée ci-après «personne assurée».

1.5. Bénéficiaires

Est considérée comme bénéficiaire toute personne qui peut faire valoir un droit à la prestation assurée en cas de décès ou d'invalidité d'une personne assurée. Si le contrat d'assurance ne désigne pas le preneur d'assurance en tant que bénéficiaire, le bénéficiaire en cas d'invalidité est la personne assurée. En cas de décès, le bénéficiaire est déterminé conformément à l'art. 3.5.

1.6. Risques assurés

Le contrat d'assurance précise les risques assurés. Les risques assurables sont le décès et l'invalidité.

1.7. Étendue de la couverture d'assurance

En principe, la couverture d'assurance est octroyée pendant toute la durée du contrat, lors de chaque activité et sur chaque lieu de séjour de la personne assurée. L'art. 4 contient des restrictions à ce principe. En ce qui concerne l'étendue de la couverture, les dispositions concernant l'examen de santé individuel conformément à l'art. 4 sont réservées.

1.8. Durée et fin du contrat

La durée du contrat est mentionnée dans le contrat d'assurance.

1.9. Primes

La prime est déterminée en multipliant le taux de prime par la base de calcul au sens de l'art. 5.2. Le taux de prime et la base de calcul applicable sont mentionnés dans le contrat d'assurance.

1.10. Obligations du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est tenu de fournir les informations relatives aux bases de calcul conformément à l'art. 6.2 de manière complète et conforme à la vérité.

1.11. Obligations de la personne assurée

La personne assurée est tenue de fournir des réponses complètes et conformes à la vérité aux questions posées sur son état de santé.

1.12. Participation aux excédents

Sous réserve de disposition contraire du contrat d'assurance, la présente assurance ne fonde aucun droit à la participation aux excédents.

1.13. Valeur de rachat

Le Corporate Plan n'a pas de valeur de rachat et ne peut être racheté par elipsLife.

1.14. Traitement des données personnelles

elipsLife a besoin des données personnelles des assurés aux fins de l'appréciation du risque à assurer avant la conclusion du contrat d'assurance ainsi que de l'exécution des relations contractuelles, en particulier en cas de prestation. En principe, la collecte, le traitement et l'utilisation de ces données est régi par la loi. En la matière, elipsLife respecte l'ensemble des dispositions pertinentes de la loi sur la protection des données (LPD), de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) ainsi que l'ensemble des autres lois et ordonnances applicables. Si les données

nécessaires à la gestion du contrat sont plutôt d'ordre général, comme par exemple l'âge d'une personne assurée, celles requises pour la nouvelle admission d'assurés soumis à l'obligation de déclarer et pour 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.

1.15. Bases légales

Le contrat se fonde sur les offres, sur le contrat d'assurance ainsi que sur les CGA.

1.16. Secret professionnel

Pour autant qu'ils ne puissent faire valoir un droit contre elipsLife ou que des dispositions légales ne les en libèrent, les membres des organes d'elipsLife et leurs employés, de même que les autres personnes travaillant pour la compagnie, sont soumis au secret professionnel et ne peuvent dévoiler les éléments non publics qui leur ont été confiés ou dont ils ont eu connaissance dans le cadre de leurs relations avec le preneur d'assurance. Fait exception à ce qui précède la communication de données aux prestataires mandatés par elipsLife dans le cadre de la gestion du contrat, de l'encaissement de primes ou de la fourniture des prestations.

1.17. Droit applicable

Le présent contrat est régi par le droit suisse. Dans la mesure où les règles contractuelles ne sont pas exhaustives, les dispositions légales suivantes et leurs ordonnances respectives sont notamment applicables:

- loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA);
- loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (livre cinquième: droit des obligations).

Formulation au masculin et au féminin

elipsLife s'engage en faveur du principe de l'égalité entre hommes et femmes. Pour faciliter la lecture, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

2. Cercle de personnes assurées

2.1. Conditions

La couverture d'assurance dans le cadre de l'assurance collective est subordonnée à la condition de l'appartenance au cercle de personnes assurées. Le cercle de personnes assurées est décrit dans le contrat d'assurance.

2.2. Groupes d'assurés

Les assurés constituent dans leur globalité un collectif d'assurés, qui est assuré conformément à un plan de prestation défini dans le contrat d'assurance. Au sein d'un collectif d'assurés, différents plans de prestation peuvent être définis pour des groupes de personnes différenciés au moyen de caractéristiques objectives.

3. Prestations

3.1. Risques assurés

Le contrat d'assurance mentionne les risques assurés (décès et/ou invalidité) ainsi que la cause fondant la prestation au sens d'une cause étant à l'origine de l'incapacité de travail déterminante (maladie et/ou accident).

3.2. Prestations assurées

Le montant des prestations assurées dans le cadre du plan de prestation est fixé dans le contrat d'assurance. L'ensemble des prestations sont versées sous forme de versement unique en capital. Les prestations de rentes ne sont pas assurées. Les dispositions suivantes sont applicables aux prestations assurées.

3.2.1. Décès

La prestation en cas de décès versée sous forme de capital est déterminée sur la base du plan de prestation valablement convenu au moment du décès. Si une incapacité de travail déterminante a précédé le décès, le plan de prestation valablement convenu au moment du début de l'incapacité de travail déterminante est applicable.

La prestation en cas de décès versée sous forme de capital est calculée en fonction de la définition de la prestation de la manière suivante:

- **Prestation en cas de décès définie en fonction du salaire annuel AVS:**

Le capital en cas de décès déterminé conformément au plan de prestation est défini sur la base du revenu

soumis à l'AVS que la personne assurée percevait de la part du preneur d'assurance avant la survenance du décès. Si une incapacité de travail déterminante a précédé le décès, le revenu existant au moment du début de l'incapacité de travail déterminante est décisif.

- **Prestation en cas de décès définie sous forme de montant fixe:**
Le capital versé est le capital fixe en cas de décès déterminé conformément au plan de prestation.

3.2.2. Invalidité

Le capital en cas d'invalidité déterminé dans le contrat d'assurance est considéré comme prestation en cas d'invalidité complète. Il est déterminé sur la base du plan de prestation valablement convenu au moment de l'incapacité de travail déterminante ayant entraîné l'invalidité. La prestation en capital en cas d'invalidité partielle est diminuée à concurrence du droit à la rente défini en fonction du degré d'invalidité conformément à l'art. 28, al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI). Les constatations de l'assurance-invalidité fédérale (AI) concernant le droit à une rente d'invalidité et son montant s'appliquent également à la présente assurance.

La prestation en cas d'invalidité versée sous forme de capital est calculée en fonction de la définition de la prestation de la manière suivante:

- **Prestation en cas d'invalidité définie en fonction du salaire annuel AVS:**
Le capital en cas d'invalidité convenu conformément au plan de prestation est déterminé sur la base du revenu soumis à l'AVS perçu par la personne assurée avant la survenance de l'incapacité de travail déterminante.
- **Prestation en cas d'invalidité définie sous forme de montant fixe:**
Le capital versé est le capital fixe en cas d'invalidité déterminé conformément au plan de prestation.

3.2.3. Invalidité partielle

Les dispositions ci-après relatives à l'augmentation du degré d'invalidité et au décès d'un assuré atteint d'invalidité partielle régissent l'assurance des personnes ayant perçu des prestations de la part d'elipsLife suite à une invalidité partielle sur la base de la présente assurance et qui continuent à appartenir au cercle de personnes assurées dans le cadre de leur capacité de gain résiduelle. Dans ce cas, les prestations assurées sont déterminées en fonction du plan de prestation qui, au moment de la première incapacité de travail déterminante, constituait la base du calcul des prestations. Les modifications apportées après une telle date au plan de prestation ne sont pas prises en compte pour ces personnes.

3.2.4. Augmentation du degré d'invalidité d'un assuré atteint d'invalidité partielle

Si, dans un délai de trois ans au maximum à compter de la naissance du droit à un capital en cas d'invalidité sur la base de la présente assurance, l'AI constate de manière juridiquement contraignante une augmentation du degré d'invalidité en raison de la même cause médicale, elipsLife verse un capital en cas d'invalidité jusqu'à concurrence de l'augmentation, en tenant compte des dispositions ci-après:

- **Prestation en cas d'invalidité définie en fonction du salaire annuel AVS:**
L'augmentation du degré d'invalidité, mesurée d'après la différence entre le degré antérieur et le degré postérieur à l'augmentation, est multipliée par le salaire annuel soumis à l'AVS qui était déterminant pour la détermination du cas de prestation initial.
- **Prestation en cas d'invalidité définie sous forme de montant fixe:**
L'augmentation du degré d'invalidité, mesurée d'après la différence entre le degré antérieur et le degré postérieur à l'augmentation, est multipliée par le capital d'invalidité déterminé conformément au plan de prestation.

Les dispositions ci-dessus relatives à l'augmentation du degré d'invalidité sont applicables lorsque l'augmentation du degré d'invalidité est imputable à la même cause médicale que l'invalidité initiale. Si l'augmentation est imputable à une autre cause médicale, on est en présence d'un nouveau cas de prestation.

3.2.5. Décès d'un assuré atteint d'invalidité partielle

En cas de décès d'une personne assurée, la prestation en cas de décès est déterminée de la manière suivante:

- **Prestation en cas de décès définie en fonction du salaire annuel AVS:**
Le capital en cas de décès déterminé conformément au plan de prestation est déterminé sur la base du revenu résiduel issu d'une activité lucrative soumis à l'AVS perçu par la personne assurée avant la survenance du décès. Le revenu résiduel issu d'une activité lucrative est majoré du montant obtenu par la multiplication du revenu au moment de la première incapacité de travail déterminante avec le degré de capacité de gain résiduelle déterminant pour l'invalidité partielle.
- **Prestation en cas de décès définie sous forme de montant fixe:**
Le capital en cas de décès déterminé conformément au plan de prestation est multiplié par le degré de capacité de gain résiduelle. Le degré de capacité de gain résiduelle correspond à la différence entre 100% et le degré d'invalidité qui était déterminant pour la prestation d'invalidité fournie par elipsLife avant la survenance du décès.

3.2.6. Terminologie et survenance d'un cas d'assurance

On entend par cas d'assurance l'invalidité et/ou le décès d'une personne assurée.

Constitue un cas de décès, le décès d'une personne assurée pour lequel un certificat de décès a été établi par un médecin ou les autorités, ou pour lequel une déclaration d'absence a été validée par ces dernières.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui fait naître un droit à une rente d'invalidité de l'AI. L'invalidité en tant que risque assuré survient à partir de la date où existe un droit à une rente d'invalidité de l'AI conformément à une décision de l'AI. Si une personne assurée est atteinte d'une invalidité partielle, le montant de la prestation en capital est déterminé en fonction du droit à la rente défini sur la base du taux d'invalidité conformément à l'art. 28, al. 2, LAI.

Si l'invalidité ou le décès n'est pas imputable à une cause fondant la prestation au sens de l'art. 4.2 conformément au contrat d'assurance, le cas d'assurance n'est pas réalisé.

L'obligation d'elipsLife de fournir des prestations commence au plus tôt au moment où elle dispose de l'ensemble des documents nécessaires à l'examen des conditions du droit et qu'un tel examen est achevé.

En ce qui concerne l'appartenance au cercle de personnes assurées et le montant des prestations assurées, la date applicable est celle à laquelle l'incapacité de travail déterminante est survenue.

L'incapacité de travail est déterminante pour l'invalidité ou le décès lorsqu'elle est étroitement liée dans le temps et dans les faits avec l'invalidité ou le décès.

À cet égard, le lien temporel est réalisé lorsque la personne assurée n'a jamais été pleinement apte à travailler plus de trois mois après la survenance de l'incapacité de travail.

Le lien dans les faits est réalisé lorsque l'atteinte à la santé ayant causé le décès ou l'invalidité est incontestablement identique à celle qui a entraîné l'incapacité de travail.

3.2.7. Prestations après résiliation du contrat

La couverture d'assurance est accordée lorsque l'incapacité de travail déterminante survient pendant la durée du contrat. Lorsque l'incapacité de travail déterminante, l'invalidité, l'augmentation du degré d'invalidité ou le décès survient après la résiliation du contrat, elipsLife ne verse aucune prestation.

Si l'invalidité survient après la résiliation du contrat, mais que l'incapacité de travail déterminante au sens de l'art. 3.2.6 survient avant la résiliation du contrat, les prestations sont limitées conformément aux dispositions ci-après.

Dans un tel cas, lorsqu'aucune décision de l'AI n'a encore été rendue quatre ans après la survenance de l'incapacité de travail déterminante, elipsLife n'est plus liée à la détermination de l'invalidité effectuée par l'AI. elipsLife détermine dans ce cas le degré d'invalidité sur la base de l'invalidité médico-théorique existante à ce moment.

3.3. Salaire AVS

Le salaire AVS au sens des présentes dispositions est la part du salaire soumis à l'AVS prévu pour la personne assurée conformément au contrat de travail et qui ne contient aucune composante salariale variable ou versée irrégulièrement. Lorsque la prestation est définie en tant que valeur dépendante du salaire, seules sont déterminantes aux fins de l'assurance les parts du salaire qui n'entraînent en rapport avec le plan de prestation aucun dépassement de la prestation maximale fixée dans le contrat d'assurance pour un cas de prestation.

3.4. Exigibilité de la prestation

La prestation d'assurance devient exigible quatre semaines après présentation de l'ensemble des documents et des preuves nécessaires à la justification des prétentions. Pour le capital d'invalidité, ceci inclut également une décision de rente exécutoire prononcée par l'AI.

3.5. Réglementation relative aux bénéficiaires en cas de décès

3.5.1. Réglementation ordinaire relative aux bénéficiaires

Les dispositions ci-après déterminent à qui une prestation doit être versée en cas de décès lorsque le preneur d'assurance n'en est pas le bénéficiaire. La liste des bénéficiaires s'applique aux groupes suivants, dans l'ordre sous-mentionné et à l'exclusion les uns des autres. Sont déterminantes aux fins de la réalisation des conditions des droits dans le cadre de la réglementation ordinaire et individuelle relative aux bénéficiaires les relations existant au moment du cas de prestation. La justification des prétentions incombe à la personne bénéficiaire et est vérifiée par elipsLife.

1. Le conjoint ou le (la) partenaire enregistré(e) de la personne assurée au sens de la loi sur le partenariat (LPart); à défaut, la personne physique de même sexe ou de sexe différent, qui n'est pas mariée ni enregistrée au sens de la LPart ou qui n'a aucun lien de parenté avec la personne assurée, et qui a entretenu avec elle une communauté de vie ininterrompue comparable à un mariage pendant les cinq dernières années précédant le décès de la personne assurée dans le même ménage;

2. à défaut, les enfants (également ceux du partenaire ou du concubin), à l'entretien desquels la personne assurée a subvenu, totalement ou partiellement, pendant les cinq dernières années précédant son décès, à parts égales;
3. à défaut, les autres personnes à l'entretien desquelles la personne assurée a subvenu régulièrement au moins pour la moitié, à parts égales;
4. à défaut, les descendants successibles de la personne assurée, à parts égales;
5. à défaut, les parents de la personne assurée, à parts égales;
6. à défaut, les frères et sœurs de la personne assurée ou leurs enfants, à parts égales.

3.5.2. Réglementation individuelle relative aux bénéficiaires

La personne assurée a la faculté de déterminer plus précisément, au sein des groupes 2 à 6 inclus, les bénéficiaires ainsi que le montant de leurs parts respectives. Elle est autorisée à révoquer ou à modifier en tout temps une disposition individuelle relative aux bénéficiaires. Toutefois, le preneur d'assurance doit disposer à chaque fois d'une communication écrite de l'assuré concerné. L'exclusion du groupe successif s'applique également en cas de réglementation individuelle relative aux bénéficiaires.

3.5.3. Preneur d'assurance en tant que bénéficiaire

Si le contrat d'assurance désigne le preneur d'assurance en tant que bénéficiaire, la prestation est en tous les cas versée au preneur d'assurance.

3.6. Mise en gage et cession de prestations

Les prestations issues de la présente assurance ne peuvent être ni cédées à des tiers, ni mises en gage.

4. Limitations et exclusions

4.1. Limitations des prestations d'assurance

Durant une pandémie, elipsLife peut verser temporairement les prestations en cas de décès sous forme de rentes mensuelles. Toutefois, le total des prestations versées ne peut dépasser la prestation en cas de décès assurée sous forme de capital.

elipsLife détermine si une pandémie existe et la durée de cette dernière en se basant sur les informations de l'autorité suisse de surveillance et sur celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

4.2. Exclusions de prestations d'assurance

Pendant toute la durée du contrat, aucune couverture d'assurance n'est octroyée pour les cas de prestation liés à des actes téméraires absolus et relatifs, en particulier en relation avec des disciplines sportives et des activités dangereuses. Pour ce faire, elipsLife se fonde sur l'appréciation de la Suva (www.suva.ch).

De plus, aucune couverture d'assurance n'est octroyée dans les situations suivantes:

- a) pour les cas de prestation qui sont en relation directe ou indirecte avec des événements de guerre ou des troubles. Une telle exclusion n'est pas applicable aux événements qui sont en relation directe ou indirecte avec des événements de guerre ou des troubles auxquels la personne assurée a été exposée au cours d'un séjour hors de Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein et auxquels elle n'a pas elle-même pris part. La disposition ci-après concernant le séjour volontaire en région de crise est réservée;
- b) pour les cas de prestation qui se produisent dans une région où la personne assurée a séjourné malgré l'existence d'un conseil aux voyageurs fourni par le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) ou dans une région que la personne assurée n'a pas quitté dans les 14 jours suivant le conseil aux voyageurs y relatif (www.eda.admin.ch);
- c) pour les cas de prestation résultant de la participation de la personne assurée à des crimes ou à d'éventuels actes préparatoires;
- d) pour les cas de prestation qui représentent une conséquence directe des transformations d'un noyau atomique, telles que fission ou fusion. Une telle exclusion n'est pas applicable aux conséquences d'un traitement médical ou lorsqu'il existe un rapport avec l'activité professionnelle de la personne assurée;
- e) pour les cas de prestation en lien avec lesquels une invalidité ou un décès ont été provoqués par une négligence grave;

- f) pour les cas d'invalidité ou de décès qui se fondent sur une incapacité de travail déterminante au sens de l'art. 3.2.6 qui existait déjà à la date du début du contrat d'assurance ou au moment du début des rapports de travail;
- g) à concurrence des augmentations de prestations résultant d'augmentations des prestations assurées conformément au plan de prestation ou d'une augmentation de salaire lorsque une personne assurée n'est pas pleinement apte à travailler au moment de l'augmentation.

elipsLife peut exclure tout ou partie de ses prestations pour les cas que le preneur d'assurance a omis, intentionnellement ou par négligence grave, de lui déclarer. En tous les cas, sont exclues les prestations qui ont été déclarées à elipsLife plus de trois ans après la survenance d'une incapacité de travail déterminante ou d'un décès.

Le contrat d'assurance détermine quelles sont les causes qui fondent le droit aux prestations (maladie et/ou accident). Si l'incapacité de travail déterminante, l'invalidité ou le décès sur lequel se fonde le cas d'assurance sont imputables à une cause qui n'est pas mentionnée explicitement dans le contrat d'assurance, elipsLife ne verse aucune prestation. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, psychique ou mentale ou qui entraîne la mort. En tous les cas, on est en présence d'un accident au sens de la présente disposition lorsque le décès ou l'invalidité entraîne des prestations de l'assurance-accidents obligatoire (LAA) ou de l'assurance militaire (AM).

5. Tarif et primes

5.1. Prime

La prime est déterminée en multipliant le taux de prime par la base de calcul applicable. Le taux de prime et la base de calcul sont réglés dans le contrat d'assurance.

La prime brute annuelle (ci-après la «prime») se compose

- a) de la prime de risque;
- b) de la prime pour frais administratifs;
- c) de la commission de courtage au titre de frais d'intermédiation, si applicable.

5.2. Base de calcul

La base de calcul est définie en fonction de la masse salariale annuelle ou de la somme de risque. En cas de définition de la prestation en fonction du salaire annuel AVS, la base de calcul «masse salariale annuelle» est applicable. Si la prestation est définie sous forme de montant fixe, la base de calcul «somme de risque» est applicable. Est considérée comme somme de risque la somme de l'ensemble des prestations en capital assurées qui ne sont pas déterminées en fonction du salaire annuel AVS.

Détermination

Le taux de prime est déterminé en fonction des bases de calcul et des données du portefeuille des assurés applicables lors du calcul.

Contrôle du taux de prime

Le contrôle ou l'éventuelle adaptation du taux de prime s'effectue

- a) annuellement pour les contrats résiliables annuellement;
- b) à l'expiration de la durée contractuelle fixe pour les contrats pluriannuels, annuellement ensuite;
- c) lors de modifications du portefeuille des assurés si ce dernier diverge de plus de 20% par rapport à l'effectif utilisé pour déterminer le taux de prime applicable et indiqué dans le contrat d'assurance.

Pour la let. c ci-dessus, le droit de contrôler et d'adapter le taux de prime prend naissance à partir de la date de modification.

Le contrôle repose sur les bases de calcul et les données du portefeuille des assurés selon l'art. 5.4, valables au 1^{er} janvier de l'année d'assurance et est effectué dans les six mois.

Le nouveau taux de prime s'applique rétroactivement au 1^{er} janvier de l'année d'assurance.

Par contre, si l'augmentation du taux de prime résulte de modifications importantes du portefeuille des assurés ou de modifications des prestations assurées, le nouveau taux de prime s'applique à partir de la date de la modification.

5.3. Bases actuarielles

Les bases du modèle de tarif d'elipsLife sont fixées dans le contrat d'assurance.

5.4. Obligations de déclarer du preneur d'assurance

La base de calcul est annoncée au 31 janvier de chaque année par le preneur d'assurance et comprend les valeurs de l'année précédente. L'annonce doit être effectuée de manière à ce que les valeurs de chaque personne assurée soient identifiables. Elle sert de base au calcul des acomptes qui est établi le 1^{er} décembre de chaque année pour l'année suivante. En cas de résiliation du contrat, un décompte final est établi. Pour ce faire, le preneur d'assurance annonce les valeurs de l'année précédente au plus tard le 31 janvier de l'année suivant la résiliation du contrat.

Si la prestation est définie en fonction du salaire annuel AVS, seules sont déterminantes dans le cadre de l'annonce de la base de calcul les parts du salaire qui n'entraînent en rapport avec le plan de prestation aucun dépassement de la prestation maximale fixée dans le contrat d'assurance pour un cas de prestation. Indépendamment du type de définition de la prestation, seules sont déterminantes dans le cadre de l'annonce de la base de calcul les valeurs des assurés qui appartiennent au cercle de personnes mentionné dans le contrat d'assurance.

elipsLife est autorisée à exiger des documents supplémentaires (déclaration AVS, décomptes de salaires, etc.) dans le cadre de l'obligation de déclarer du preneur d'assurance.

5.5. Paiement des primes

Pour chaque année d'assurance, la prime brute doit être acquittée de manière anticipée au plus tard à la date d'échéance fixée dans le contrat d'assurance.

5.5.1. Retard de paiement

Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de payer les primes même après un délai de tolérance de 30 jours, le débiteur est sommé par écrit de s'acquitter des primes en souffrance dans un délai de 14 jours. La sommation rappelle au preneur d'assurance les conséquences induites par l'inobservation de l'obligation de payer les primes. Si, en dépit de la sommation, la prime en souffrance n'est pas acquittée à l'échéance du délai de sommation, l'obligation de fournir des prestations est suspendue dès l'expiration du délai de sommation, et ce, jusqu'au paiement intégral des primes en souffrance, intérêts et frais administratifs compris. Les cas de prestation survenant durant la suspension de l'obligation de fournir des prestations ne donnent droit à aucune prestation, même en cas de paiement ultérieur de la prime en souffrance. Si elipsLife n'engage pas de poursuites juridiques pour le paiement de la prime en souffrance ou du décompte final dans les deux mois suivant l'expiration du délai de sommation, le contrat d'assurance prend fin.

6. Obligations d'information et de déclaration

6.1. Information pour l'évaluation des risques lors de la conclusion du contrat

Dans le cadre de l'évaluation des risques préalable à la signature du contrat, le preneur d'assurance met à disposition d'elipsLife les informations et les données suivantes:

- a) le portefeuille des assurés au début des négociations contractuelles;
- b) le cours des sinistres enregistré jusque-là par le collectif des assurés;
- c) l'assureur précédent, le cas échéant;
- d) des indications sur l'ancienne pratique de l'évaluation des risques et de gestion des sinistres, le cas échéant;
- e) la désignation des personnes chargées de la gestion des risques.

Les informations relatives au portefeuille des assurés exigées par elipsLife dans le cadre de l'évaluation préalable du risque constituent des faits importants pour l'évaluation des risques au sens de l'art. 4 LCA et doivent être fournis par le preneur d'assurance de manière conforme à la vérité. elipsLife est autorisée à résilier le contrat en cas de transmission d'informations inexacts ou de dissimulation de faits importants.

6.2. Obligations de déclarer pendant la durée du contrat

Annnonce de l'effectif des assurés pour le décompte de primes

Le preneur d'assurance annonce à elipsLife au 31 janvier de chaque année la base de calcul déterminante pour la fixation de la prime conformément à l'art. 5.4.

Modification du portefeuille des assurés

Le preneur d'assurance est tenu d'annoncer sans délai toute modification du portefeuille des assurés qui diverge de plus de 20% par rapport à l'effectif utilisé pour déterminer le taux de prime applicable et indiqué dans le contrat d'assurance. De telles modifications peuvent entraîner une adaptation du taux de prime.

Obligations en cas de prestation

Les obligations du preneur d'assurance en cas de prestation sont décrites à l'art. 10.1 ci-après.

6.3. Obligation d'informer du preneur d'assurance à l'égard des assurés

Le preneur d'assurance est tenu d'informer les personnes assurées concernant les éléments essentiels, les modifications et la résiliation du présent contrat. L'étendue de la couverture pour les personnes assurées ressort en particulier des présentes dispositions ainsi que du contrat d'assurance.

Les personnes assurées doivent être informées de la manière suivante:

1. Pendant la durée du contrat:
 - a) L'assureur est Elips Life AG, Triesen, branche Zurich.
 - b) Le risque assuré est le décès et/ou l'invalidité conformément au plan de prestation fixé dans le contrat d'assurance.
 - c) L'étendue de la couverture d'assurance est limitée dans le temps et existe uniquement aussi longtemps qu'un contrat approprié est en vigueur entre le preneur d'assurance et elipsLife.
 - d) Les taux de primes nettes et les taux de prime sont garantis pour toute la durée du contrat.
 - e) Les données de la personne assurée sont échangées entre le preneur d'assurance et elipsLife. Font exception à ce qui précède les données exigées par elipsLife directement de la part du demandeur ou de tiers dans le cadre de l'examen de santé ainsi que les données en relation avec l'obligation de verser des prestations.
2. En cas de résiliation du contrat entre le preneur d'assurance et elipsLife:

Le preneur d'assurance est tenu d'informer les personnes assurées dans les plus brefs délais concernant la résiliation du contrat entre le preneur d'assurance et elipsLife et, notamment, d'attirer leur attention sur le fait qu'une telle résiliation a pour effet d'entraîner la fin de la couverture d'assurance correspondante.

7. Évaluation des risques

Principes de l'évaluation des risques

L'évaluation des risques consiste en l'évaluation sommaire du risque total à partir des données actuelles et passées comme la gestion du risque ou le cours des sinistres.

L'évaluation des risques peut s'effectuer dans les cas suivants:

- a) à la conclusion du contrat;
- b) en cas de modifications des prestations assurées;
- c) lors de modifications importantes du portefeuille des assurés selon le art. 0.

Lors de l'évaluation des risques, elipsLife détermine également le taux de prime applicable. Celui-ci peut être adapté par elipsLife en cas de modification des prestations assurées et en cas de modifications importantes du portefeuille des assurés.

8. Évaluation des risques individuels

8.1. Principe

Le contrat d'assurance précise dans quels cas une évaluation des risques individuels est nécessaire pour des personnes déterminées. Pour ces personnes, la couverture d'assurance est accordée uniquement conformément à la déclaration écrite émise par elipsLife après l'évaluation des risques.

8.2. Procédure d'appréciation dans le cadre de l'évaluation individuelle de l'état de santé

Le preneur d'assurance déclare à elipsLife l'ensemble des personnes assurées conformément aux dispositions ci-après. Il veille à récolter les documents correspondants et à surveiller le processus. Les documents sont transmis à elipsLife dans le respect de la protection des données.

L'appréciation des risques individuels consiste en l'évaluation de l'état de santé d'une personne assurée. Sur cette base, elipsLife détermine l'étendue de la couverture d'assurance. Pour ce faire, elipsLife peut émettre des réserves pour raisons de santé en matière de prestations ou refuser entièrement certains risques. L'appréciation se déroule conformément aux dispositions du contrat d'assurance. Celui-ci précise en particulier les conditions qui conduisent à une évaluation dans le cadre des règles d'admission. À cet égard, une distinction peut être opérée entre le

portefeuille d'assurés existant avant le début du contrat et celui existant après le début du contrat. Le contrat d'assurance précise dans quelle mesure une augmentation individuelle des salaires entraîne également la réalisation de la condition d'une appréciation. Sont considérées comme augmentations de salaire les cas où le salaire annuel augmente de 20% au moins ou de CHF 50 000 au moins par rapport à l'année précédente. Le preneur d'assurance s'engage à annoncer sans délai à elipsLife les cas pour lesquels les conditions d'appréciation sont remplies.

L'appréciation des risques individuels s'effectue au moyen des méthodes d'appréciation standardisées suivantes:

- a) confirmation de la pleine capacité de travail;
- b) document *Déclaration de santé*;
- c) rapport médical dans le cadre d'un examen médical.

8.3. Procédure ordinaire

Le preneur d'assurance charge la personne assurée de remplir le document *Déclaration de santé* de manière complète et conforme à la vérité et de la faire parvenir le plus rapidement possible à elipsLife dans une enveloppe fermée. elipsLife met à la disposition du preneur d'assurance un certain nombre de ces documents.

Sur la base de la déclaration de santé transmise par la personne assurée, elipsLife décide si des informations complémentaires doivent être obtenues ou si éventuellement un examen de santé doit être réalisé. elipsLife est autorisée à exiger que la personne assurée se soumette à une visite médicale, indépendamment des résultats de la déclaration de santé. elipsLife décide du genre et de l'étendue de l'examen du risque et également des éventuelles mesures visant à réduire le risque (réserves pour raisons de santé ou refus). Après la conclusion de l'examen, elipsLife informe la personne assurée de l'étendue de la couverture d'assurance (acceptation sans réserve, couverture d'assurance limitée par une réserve ou refus complet).

Les coûts des rapports et des examens médicaux sont à la charge d'elipsLife.

8.4. Réserve pour raisons de santé

elipsLife peut, sur la base de l'appréciation des risques individuels, émettre une réserve pour raisons de santé d'une durée indéterminée.

Si les problèmes de santé mentionnés dans la réserve entraînent une invalidité ou le décès de la personne assurée, ils n'ouvrent aucun droit aux prestations.

8.5. Exclusion

elipsLife peut, sur la base de l'appréciation des risques individuels, prononcer un refus d'une durée indéterminée. En cas de refus, aucune couverture d'assurance n'est accordée.

8.6. Couverture d'assurance définitive

elipsLife accorde la couverture définitive à toutes les personnes à assurer, sous réserve des dispositions de l'art. 8.5. La couverture définitive peut également consister en ceci qu'une couverture d'assurance limitée est accordée à une personne soumise à l'obligation de déclarer en vertu de l'art. 8.1 dans le cas où elipsLife a émis une réserve pour raisons de santé.

8.7. Couverture d'assurance provisoire

Une couverture d'assurance provisoire est accordée pour les personnes à assurer qui doivent être annoncées à elipsLife dans le cadre de l'art. 8.1. La couverture d'assurance provisoire ne s'applique pas aux cas dus à une maladie, à une infirmité ou à toute conséquence préexistante d'un accident.

Les prestations relevant de la couverture d'assurance provisoire sont limitées à CHF 200 000 au total.

La couverture d'assurance provisoire débute lors de la réception par elipsLife de la déclaration de santé dûment complétée et dure jusqu'à la décision d'acceptation par elipsLife, au maximum huit semaines. La présente disposition s'applique également aux augmentations de salaire, dans la mesure où celles-ci sont soumises à l'obligation de déclarer conformément au contrat d'assurance.

9. Réticence

elipsLife peut refuser ses prestations si le preneur d'assurance ou la personne assurée a omis de lui déclarer ou lui a inexactement déclaré des risques importants, et que le preneur d'assurance ou la personne assurée a ainsi enfreint son obligation de déclaration (réticence). Si le contrat d'assurance inclut plusieurs personnes et que la réticence a été enfreinte par certaines personnes uniquement, le contrat demeure valable pour les autres personnes. elipsLife n'est plus tenue de verser des prestations pour des sinistres déjà survenus et dont la survenance ou l'étendue ont

été influencées par les dangers non déclarés. Si des prestations ont déjà été versées pour ces sinistres, elipsLife peut demander leur remboursement.

10. Obligations en cas de prestation

10.1. Déclaration d'un cas d'assurance

Le preneur d'assurance déclare sans délai tous les sinistres à elipsLife à l'aide du formulaire de déclaration de sinistre accompagné des justificatifs demandés par elipsLife (par exemple déclaration AVS, décomptes de salaires), au plus tard pendant quatre semaines après en avoir eu connaissance. En cas de résiliation du contrat, le preneur d'assurance déclare l'ensemble des cas existants au moment de la résiliation du contrat dans lesquels une personne assurée présente une incapacité de travail. Si une personne assurée a émis une règle individuelle relative aux bénéficiaires de la prestation en cas de décès, le preneur d'assurance transmet le document correspondant à elipsLife. Sur la base de ce document, elipsLife fournit sa prestation avec effet libératoire. De même, elipsLife fournit sa prestation avec effet libératoire lorsqu'il n'existe pas de règle individuelle visant à désigner un bénéficiaire et que la réglementation ordinaire est applicable.

Pour autant qu'il dispose des informations correspondantes, le preneur d'assurance informe également elipsLife de tous les événements qui pourraient conduire à un sinistre. Ces événements sont, entre autres:

- a) des absences répétées supérieures à une semaine;
- b) une absence d'une durée supérieure à un mois;
- c) des restructurations chez l'employeur des assurés conduisant à une réduction du nombre de postes de travail ou à des mesures de retraites anticipées.

Le preneur d'assurance annonce à elipsLife tous les événements pouvant conduire à une suppression ou une modification des prestations en cas d'invalidité, en particulier une modification du degré d'incapacité de travail ou de gain, ou du degré d'invalidité.

Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par dix ans. Concernant le droit d'action, la prescription commence à courir à partir de l'exigibilité de la créance.

10.2. Évaluation des sinistres

elipsLife détermine s'il y a bien incapacité de travail ou incapacité de gain ainsi que leur degré. Pour cela, elle prend en compte les rapports médicaux existants ainsi que les décisions des autres assureurs, en particulier celles de l'AI. Le preneur d'assurance n'est pas lié à la décision de détermination de l'invalidité prise par l'AI lorsqu'une telle décision est manifestement intenable. Si elle l'estime nécessaire et utile, elipsLife peut procéder à ses propres clarifications et demander à la personne assurée de se soumettre à un examen médical auprès du médecin-conseil.

Le preneur d'assurance travaille en étroite collaboration avec elipsLife et les autres personnes nommées par elipsLife dans le cadre du règlement d'un sinistre. Dans ce but, le preneur d'assurance transmet à elipsLife en temps voulu tous les documents et les informations en sa possession concernant le sinistre.

L'évaluation des sinistres en cas d'invalidité ou de décès comprend entre autres, les tâches suivantes:

La collecte des données et des documents importants auprès de la personne assurée ou du preneur d'assurance, en particulier:

- a) récolte et étude des rapports établis par des médecins, des hôpitaux ou des thérapeutes;
- b) récolte et étude des dossiers des assurances privées et des assurances sociales concernées;
- c) clarification des éventuels droits de recours;
- d) prise de contact et coordination avec les autres assureurs impliqués.

Sauf convention contraire, afin qu'elipsLife puisse procéder à une évaluation minutieuse et professionnelle des sinistres, elle a la faculté de prendre contact directement avec la personne assurée, le médecin traitant, les hôpitaux et autres thérapeutes, la caisse-maladie, l'assurance d'indemnités journalières, la Suva, l'AI ainsi que les institutions de l'intégration sociale et professionnelle.

En la matière, elipsLife respecte les prescriptions légales en matière de protection des données.

elipsLife est également habilitée à prendre des mesures dans le but de diminuer le sinistre. Il s'agit par exemple

- a) de mesures médicales ou autres, comme le programme de réadaptation (Case Management) visant la réintégration de la personne assurée dans le processus de travail; ainsi que
- b) des mesures d'ordre juridique.

10.3. Reconnaissance des sinistres

La reconnaissance d'un cas de prestation relève de la compétence exclusive d'elipsLife.

11. Résiliation du contrat

11.1. Dispositions générales

Après expiration de la durée contractuelle minimale, le contrat d'assurance peut être résilié par écrit par les deux parties pour la fin d'une année civile moyennant le respect du préavis fixé. Si le contrat n'est pas résilié à l'expiration de la durée contractuelle minimale convenue, les accords contractuels sont reconduits tacitement d'une année.

11.2. Couverture d'assurance après la résiliation du contrat

Après la résiliation du contrat, la couverture d'assurance ainsi que l'obligation de fournir des prestations d'elipsLife prennent fin. Le cas décrit à l'art. 3.2.7 pour lequel la couverture d'assurance s'étend à une date ultérieure à la résiliation du contrat, demeure réservé.

11.3. Droit de résiliation extraordinaire

Si le preneur d'assurance

- a) déclare inexactement ou omet de déclarer un risque important qu'il connaissait ou devait connaître au moment de la souscription du contrat d'assurance; ou
- b) donne des informations erronées ou incomplètes sur le cours des sinistres avant la souscription du contrat d'assurance,

alors elipsLife est habilitée à résilier le contrat par écrit dans un délai de quatre semaines après avoir pris connaissance du manquement au devoir d'information et à facturer ses frais au preneur d'assurance.

12. Divergences d'opinion

Dispositions générales

Les parties s'engagent à soumettre à un tribunal d'arbitrage toutes les divergences d'opinion portant sur le présent contrat de couverture ou sur sa validité qui n'ont pas pu être résolues à l'amiable, dans la mesure où aucun accord n'a pu être trouvé dans les 90 jours suivant la première sollicitation écrite.

Les membres du tribunal d'arbitrage doivent être impartiaux et disposer d'une expérience dans l'assurance d'au moins dix ans, au cours desquelles ils ont exercé directement dans ce domaine ou en qualité de conseiller professionnel.

La procédure commence avec le dépôt d'une demande écrite d'une partie à l'encontre de l'autre partie relative à l'introduction d'une procédure devant le tribunal d'arbitrage. Les parties disposent de 30 jours après la réception de la demande pour s'entendre sur un juge arbitral commun. À défaut d'une telle entente, la partie ayant déposé la demande nomme un arbitre (premier juge arbitral) et communique par écrit son choix à l'autre partie. Dans les 30 jours suivant cette communication, l'autre partie nomme un arbitre (deuxième juge arbitral) et communique par écrit le nom de ce dernier à la partie requérante. Si, dans les 30 jours suivant la réception de la nomination du premier juge arbitral, aucun autre juge arbitral n'a été désigné, la partie requérante se tourne alors vers la Chambre de commerce à Zurich (Suisse) pour que celle-ci désigne le deuxième juge arbitral.

Les premier et deuxième juges arbitraux nomment le troisième juge arbitral dans les 30 jours suivant la nomination du deuxième juge arbitral. Si aucun accord n'est obtenu pendant cette période, le troisième juge arbitral est alors désigné par les institutions susmentionnées. Le troisième juge arbitral assume la présidence du tribunal d'arbitrage.

Le tribunal d'arbitrage est considéré comme constitué lorsque le troisième juge arbitral est nommé. Le tribunal d'arbitrage décide à la majorité des voix. Si aucune majorité ne peut être obtenue, la voix du président est alors déterminante.

La procédure susmentionnée s'applique également lorsqu'un nouvel juge arbitral doit être désigné en remplacement d'un autre.

Si le tribunal d'arbitrage ne fixe pas d'autre délai dans les 15 jours suivant la nomination du troisième juge arbitral, les deux parties doivent lui présenter leur point de vue sur le litige dans les 45 jours suivant cette dernière nomination.

Le tribunal d'arbitrage prend sa décision en se reposant sur la pratique dominante en assurance et en appliquant le droit suisse. En cas de divergences ou de contradictions entre la pratique dominante et le droit applicable, c'est la pratique dominante qui est prépondérante, pour autant qu'elle soit conforme au droit en vigueur. Le tribunal d'arbitrage peut déterminer librement les règles procédurales applicables dans le cadre de la procédure considérée.

Dans les 60 jours suivant le jugement, le tribunal d'arbitrage communique sa décision motivée par écrit aux parties, y compris relative aux coûts. La décision est définitive et contraignante pour les parties. Si l'une des parties ne suit pas la décision du tribunal d'arbitrage, l'exécution forcée a alors lieu devant le tribunal compétent.

Le siège du tribunal d'arbitrage est à Zurich.