

Couverture des risques

Conditions générales d'assurance (CGA)

Version 2017-01

Sommaire

Couverture des risques de la
prévoyance professionnelle
Conditions générales d'assurance
(CGA) pour la Suisse

1.	Bases de l'assurance	3
1.1.	Principes	3
1.2.	Assureur	3
1.3.	Bases légales	3
1.4.	Secret professionnel	3
1.5.	Droit applicable	3
2.	Prestations d'elipsLife	3
2.1.	Étendue de l'assurance	3
2.2.	Conditions de couverture	4
2.3.	Forme du versement	4
2.4.	Prestations d'invalidité sous forme de capital	4
2.5.	Fin de l'obligation de verser des prestations	5
2.6.	Limitation des prestations d'assurance	5
2.7.	Exclusions de prestations d'assurance	5
3.	Tarif et primes	6
3.1.	Tarif	6
3.2.	Bases actuarielles	6
3.3.	Prime brute	6
3.4.	Taux de prime	6
3.5.	Prime brute annuelle applicable	6
3.6.	Paiement des primes et retard de paiement	6
4.	Devoirs d'information et d'annonce	7
4.1.	Flux d'information	7
4.2.	Informations sur les modifications d'ordre général	7
4.3.	Devoirs d'annonce	7
5.	Appréciation du risque (souscription)	7
5.1.	Principes de l'appréciation du risque	7
5.2.	Information pour l'appréciation du risque lors de la souscription	7
5.3.	Achat de portefeuilles de rentiers	7
6.	Appréciation des risques individuels	8
6.1.	Procédure d'appréciation dans le cadre de l'évaluation individuelle de l'état de santé	8
6.2.	Procédure ordinaire	8
6.3.	Réserve pour raisons de santé	8
6.4.	Couverture d'assurance définitive	9
6.5.	Couverture d'assurance provisoire	9
6.6.	Réticence	9
7.	Gestion des prestations	9
7.1.	Terminologie et survenance d'un cas d'assurance	9
7.2.	Déclaration d'un cas d'assurance	9
7.3.	Évaluation des sinistres	10
7.4.	Reconnaissance des sinistres	10
7.5.	Cession des prétentions à l'égard de tiers	10
8.	Résiliation du contrat	11
8.1.	Dispositions générales	11
8.2.	Couverture d'assurance après la résiliation du contrat	11
8.3.	Droit de résiliation extraordinaire	11
9.	Divergences d'opinion	12
9.1.	Dispositions générales	12
10.	Annexe 1: glossaire	13

1. Bases de l'assurance

1.1. Principes

La couverture d'assurance a pour objectif la mise en œuvre de mesures permettant de protéger l'institution de prévoyance (ci-après le «preneur d'assurance») contre les risques découlant du versement des prestations planifiées de survivants et d'invalidité. Les présentes Conditions générales d'assurance (ci-après «CGA») régissent les droits et les obligations convenus par contrat entre elipsLife et le preneur d'assurance. Elles font partie intégrante du contrat de couverture.

1.2. Assureur

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

1.3. Bases légales

Le contrat d'assurance se fonde sur les offres, sur le contrat ainsi que sur les CGA. Les accords contractuels régissent exclusivement les relations entre le preneur d'assurance et elipsLife. Ils ne fondent aucune relation juridique entre elipsLife et les assurés, les ayants droit ou d'autres parties.

Tous les portefeuilles d'assurés avec obligations de fournir des prestations repris par le preneur d'assurance pendant la durée du contrat de couverture n'entrent dans le champ d'application des accords contractuels qu'avec le consentement d'elipsLife.

Le preneur d'assurance s'engage à donner en couverture à elipsLife tous les risques décrits dans le contrat de couverture, et elipsLife s'engage à accepter ces risques en couverture conformément aux conditions contractuelles.

1.4. 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. Le secret professionnel est illimité dans le temps.

1.5. 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:

- a) loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA);
- b) loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP);
- c) loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (livre cinquième: droit des obligations).

2. Prestations d'elipsLife

2.1. Étendue de l'assurance

La couverture d'assurance repose sur les prestations de survivants et d'invalidité prévues dans le règlement de prévoyance du preneur d'assurance (ci-après le «règlement») ainsi que, le cas échéant, sur leurs bases actuarielles. Le contrat de couverture précise notamment les éléments suivants:

- le type et l'étendue de la couverture;
- le règlement de prévoyance déterminant et les bases actuarielles;
- si et dans quelle mesure les prestations sont adaptées au renchérissement;
- la description des prestations assurées; les prestations prévues par le règlement et qui ne sont pas spécifiquement décrites dans le contrat de couverture ne font pas partie de la couverture d'assurance;
- si et dans quelle mesure l'avoir de vieillesse fait partie du financement des prestations de survivants. Sont réputées prestations de survivants, outre les prestations de rentes, également les prestations uniques en capital sous forme de capital supplémentaire en cas de décès, mais pas la restitution d'avoirs de vieillesse;
- le délai de carence de la prestation décrite, la forme de fourniture de la prestation et l'étendue de la couverture en cas d'accident en tant que cause fondant la prestation. Sous réserve de dispositions divergentes dans le contrat de couverture, une maladie en tant que cause fondant la prestation est entièrement couverte.

Le montant d'une prestation décrite n'est pas mentionné explicitement dans le contrat de couverture mais déterminé en fonction du règlement.

2.2. Conditions de couverture

La couverture est soumise à la condition que le risque fondant le cas de prestation se réalise entre la date du début de la couverture contractuelle prévue dans le contrat de couverture et la date à laquelle la personne concernée atteint l'âge ordinaire de la retraite réglementaire. Pour les assurés dont le lien de prévoyance avec le preneur d'assurance prend fin de manière anticipée à la suite du départ de l'entreprise, la couverture demeure maintenue pendant un mois au maximum. Constitue un risque le décès ou une incapacité de travail déterminante. Une incapacité de travail est déterminante:

- a) si elle est étroitement liée dans le temps et dans les faits avec l'invalidité ultérieure, l'augmentation ultérieure du degré de l'invalidité ou un décès ultérieur

ou

- b) si, après l'expiration du délai de carence réglementaire, elle donne le droit à la personne assurée de pouvoir demander la libération du paiement des cotisations d'épargne.

Si une personne assurée présente une incapacité de gain déterminante lors de son admission dans l'assurance, elipsLife est déliée de son obligation de verser des prestations jusqu'à concurrence de cette incapacité préexistante. Demeurent réservées les éventuelles obligations d'avancer des prestations des institutions de prévoyance jusqu'à concurrence des prestations minimales LPP ainsi que les dispositions spéciales au sens de l'art. 23, let. b et c, LPP pour les personnes invalides à la suite d'une infirmité congénitale ou devenues invalides avant leur majorité et qui, de ce fait, étaient atteintes d'une incapacité de travail comprise entre 20% et 40% lors de l'admission dans l'institution de prévoyance.

Sont assurées toutes les personnes entretenant un lien de prévoyance actif avec le preneur d'assurance, qui perçoivent un salaire soumis à l'AVS et ne pouvant prétendre à une rente AI entière ni continuer à être assurées sur une base provisoire conformément à l'art. 26, let. a, LPP.

Si une couverture des risques a été conclue avec d'autres compagnies d'assurance sur la vie avant ou après la durée contractuelle convenue dans le contrat de couverture, elipsLife peut alors convenir avec ces dernières, en compensation de son obligation de verser des prestations, que les compétences pour le traitement des prestations, la gestion des réserves et le règlement financier des prestations portant sur des faits intertemporels dérogent aux dispositions ci-avant. Sont en particulier considérés comme intertemporels des faits pour lesquels le cas de prestation survient après la résiliation du contrat, mais où l'incapacité de travail déterminante a eu lieu avant cette même résiliation.

La prestation d'elipsLife est diminuée de la franchise du preneur d'assurance fixée dans le contrat de couverture. Dans ce cas, la prestation d'elipsLife est déterminée en réduisant la valeur d'une prestation, définie conformément aux bases actuarielles applicables et au taux d'intérêt technique du preneur d'assurance, de la franchise fixée. En fonction de la forme de versement définie dans le contrat de couverture, elipsLife fournit la valeur réduite sous forme de capital unique ou de sa contrevalet en rentes versée sur une base périodique.

2.3. Forme du versement

Les prestations sont versées périodiquement sous forme de rentes ou de prestation en capital unique. Le contrat de couverture fixe sous quelle forme est versée une prestation. Si le versement en capital est convenu pour une prestation dont le règlement de prévoyance prévoit qu'elle doit être versée sous forme de rentes par le preneur d'assurance, le montant du capital est déterminé en fonction des indications du contrat de couverture sur le taux d'intérêt technique et les bases actuarielles du preneur d'assurance.

Sous réserve de dispositions divergentes dans le contrat de couverture, les prestations versées sous forme de rentes sont payées d'avance mensuellement et les prestations au titre de la libération du paiement des cotisations d'épargne sont versées trimestriellement.

Si le règlement du preneur d'assurance prévoit le versement en capital dans le cas de montants considérés insignifiants, le versement des prestations d'elipsLife s'effectue également sous forme de capital.

2.4. Prestations d'invalidité sous forme de capital

En cas de prestations d'invalidité pour lesquelles est convenu un versement sous forme de capital au sens indiqué ci-dessus, les dispositions spéciales ci-après sont applicables:

La capitalisation des rentes pour enfants se fondent sur l'âge terme de 18 ans. Si un enfant remplit les exigences réglementaires pour un droit allant au-delà de cet âge et que le contrat de couverture est toujours en force, elipsLife fournit les rentes pour enfants correspondantes sous forme de rentes.

En cas de modification du degré d'invalidité sur lequel se fonde la prestation dans un délai de sept ans depuis le début de l'invalidité dans une mesure fondant la prestation conformément au droit de la prévoyance, les obligations suivantes sont applicables:

- Augmentation du degré d'invalidité en raison de la même cause médicale ayant conduit à l'invalidité: elipsLife est tenue de fournir au preneur d'assurance la valeur de rente capitalisée correspondante à l'augmentation de la rente.
- Diminution du degré d'invalidité: Le preneur d'assurance a l'obligation de rembourser à elipsLife la valeur de rente capitalisée correspondant à la diminution de la rente.

2.5. Fin de l'obligation de verser des prestations

L'obligation d'elipsLife de verser des prestations prend fin

- a) lorsque la personne assurée décède, atteint l'âge ordinaire de la retraite réglementaire ou dans la mesure où elle récupère sa capacité de gain conformément au règlement, sans maintien de l'assurance au sens de l'art. 26, let. a, LPP;
- b) lorsqu'un enfant n'a plus droit à une rente en vertu du règlement;
- c) au décès de la personne habilitée à percevoir une rente de partenaire.

En cas d'indemnité sous forme de capital, l'obligation pour elipsLife de verser des prestations prend fin par le versement du capital. Demeurent réservées les dispositions spéciales concernant les prestations d'invalidité pour lesquelles un versement en capital est prévu.

2.6. Limitation des prestations d'assurance

Si le preneur d'assurance peut réduire ses prestations réglementaires en vertu des dispositions de son règlement pour éviter un avantage injustifié lors du concours de plusieurs prestations (surindemnisation), les prestations d'elipsLife sont alors déterminées proportionnellement aux dispositions réglementaires relatives à la coordination des prestations.

Conformément aux dispositions de l'art. 35 LPP et de l'art. 25, al. 2 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2) elipsLife n'est pas tenue de compenser les prestations qui ont été réduites, refusées ou supprimées par l'AVS/AI, l'assurance-accidents obligatoire ou l'assurance militaire.

elipsLife peut réduire ses prestations proportionnellement à la réduction des prestations pratiquée par le preneur d'assurance en raison d'un manque de coopération de la personne assurée dans le cadre de la justification de ses prétentions.

elipsLife reprend le versement de ses prestations contractuelles dès que la cause de la réduction ou du refus des prestations devient caduque.

Durant une pandémie, elipsLife peut verser temporairement les prestations de survivants pour lesquelles le versement en capital a été prévu, sous forme de rentes mensuelles. Toutefois, le total des prestations versées ne peut dépasser la prestation de survivants 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).

2.7. Exclusions de prestations d'assurance

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, elipsLife est autorisée à exclure tout ou partie des prestations pour les cas qui sont déclarés plus de trois ans après la survenance d'une incapacité de travail, d'un décès ou de tout autre fait pouvant donner droit à prestations.

En tous les cas, les prestations que le preneur d'assurance est tenu de verser en rapport avec la rémunération de l'avoir de vieillesse et des capitaux de couverture ne sont pas assurées.

Les sinistres résultant directement ou indirectement d'une guerre ou d'opérations présentant le caractère de guerre ne sont pas assurés. L'autorité suisse de surveillance détermine la date de début et la date de fin de la guerre.

Cette exclusion est également valable si une personne assurée prend part à une guerre ou à des opérations présentant le caractère de guerre, sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou engagée dans des opérations de cette nature, ou si une personne assurée prend part à une guerre civile.

En revanche, ne constitue pas motif d'exclusion le service actif pour défendre la neutralité suisse ainsi que pour maintenir la tranquillité et l'ordre à l'intérieur du pays, hors d'opérations de guerre dans l'un ou l'autre des cas. Cela est considéré comme service militaire en temps de paix et est, comme tel, couvert sans autre formalité.

elipsLife verse l'intégralité des prestations assurées aussi bien en cas d'événement assuré provoqué par négligence grave que de suicide ou de décès à la suite d'une tentative de suicide.

L'obligation d'elipsLife de fournir des prestations est systématiquement limitée aux prestations dues par le preneur d'assurance en vertu des dispositions réglementaires. De plus, l'obligation de verser des prestations n'existe que si une autre compagnie d'assurance sur la vie n'est pas compétente pour le même cas de prestation.

3. Tarif et primes

3.1. Tarif

Les primes sont calculées selon la méthode collective. Le tarif déterminant pour le cercle de personnes assurées se fonde sur les bases actuarielles reconnues.

3.2. Bases actuarielles

Les bases du modèle de tarif d'elipsLife ainsi que les règles applicables à la participation aux excédents sont fixées dans le contrat de couverture.

3.3. Prime brute

La prime brute annuelle 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.

La prime brute est calculée en fonction des personnes assurées durant l'année d'assurance conformément à la masse salariale assurée qui leur est attribuée ou à une autre base de calcul fixée dans le contrat de couverture.

3.4. Taux de prime

3.4.1. Détermination

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

3.4.2. 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) en cas de modifications des prestations réglementaires;
- d) 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 de couverture.

Pour les let. c et d 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. 3.3 des présentes CGA, valables au 1^{er} janvier de l'année d'assurance et est effectué dans les six mois après le moment du contrôle susmentionné.

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 réglementaires, le nouveau taux de prime s'applique à partir de la date de la modification.

3.5. Prime brute annuelle applicable

La prime brute annuelle applicable est fixée selon le taux de prime et la base de calcul. La base de calcul peut être définie en tant que valeur sous forme de salaire (par exemple salaire assuré) ou en tant que valeur sous forme de prestation (par exemple somme de risque). Les deux valeurs sont mentionnées dans le contrat de couverture.

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. 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.

3.6. Paiement des primes et retard de paiement

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 de couverture.

Si la prime brute n'est pas acquittée dans les délais, elipsLife somme alors le preneur d'assurance de procéder au paiement dans un délai de 14 jours. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de prestations d'elipsLife est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.

4. Devoirs d'information et d'annonce

4.1. Flux d'information

Le preneur d'assurance désigne les interlocuteurs responsables de la transmission des informations relevant du présent contrat.

En outre, les parties confirment qu'au moment de leur livraison les informations et les données sont exactes, complètes, correctes et en aucun cas trompeuses (par omission ou de tout autre manière). Les partenaires sont responsables des éventuels sinistres qui surviendraient en raison de données ou d'informations manquantes, incomplètes ou trompeuses.

4.2. Informations sur les modifications d'ordre général

Le preneur d'assurance informe sans délai elipsLife de toutes les modifications pouvant concerner de près ou de loin les prestations et les services prévus par le contrat de couverture. Ces modifications peuvent être, par exemple:

- a) des modifications du règlement;
- b) des acquisitions, des fusions, des ventes et des liquidations;
- c) des modifications du portefeuille des assurés conformément à l'art. 3.4.2 des présentes CGA.

4.3. Devoirs d'annonce

Les devoirs d'annonce nécessaires à la mise en œuvre de la couverture d'assurance sont réglés dans les art. 3.5, 6.1 et 7.2 des présentes CGA. Le preneur d'assurance s'engage à observer ces devoirs d'annonce à l'égard d'elipsLife.

5. Appréciation du risque (souscription)

5.1. Principes de l'appréciation du risque

L'appréciation du risque consiste en l'évaluation sommaire du risque total à partir des données actuelles et passées comme les plans de prévoyance, la ou les branches professionnelles considérées, l'organisation et la structure, la gestion du risque et le cours des sinistres.

L'appréciation du risque s'effectue dans les cas suivants:

- a) à la conclusion du contrat;
- b) lors de modifications du contrat selon l'art. 3.4.2 des présentes CGA;
- c) lors de modifications importantes du portefeuille des assurés selon l'art. 3.4.2 des présentes CGA.

5.2. Information pour l'appréciation du risque lors de la souscription

Dans le cadre de l'appréciation du risque, 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) le nom de la compagnie ayant accordé précédemment la couverture;
- d) les expertises actuarielles et les rapports de révision;
- e) les dispositions réglementaires du preneur d'assurance;
- f) des indications sur l'ancienne pratique de l'examen du risque, sur la gestion des sinistres ou sur la délégation éventuelle de ces tâches; ainsi que
- g) la désignation des personnes chargées de la gestion des risques.

Le preneur d'assurance confirme que les prestations réglementaires entrant dans la couverture sont conformes aux dispositions légales.

Le preneur d'assurance confirme également qu'il a mis à disposition d'elipsLife les informations et les données essentielles concernant les risques acceptés par elipsLife dans le cadre du contrat de couverture.

5.3. Achat de portefeuilles de rentiers

L'achat ou la reprise de cas de rentes en cours est réglé par le contrat de couverture. La réglementation concerne la gestion des réserves actuarielles, l'assurance y relative ainsi que l'obligation correspondante de fournir des prestations. La gestion des rentiers en tant que bénéficiaires demeure du ressort du preneur d'assurance.

Les réserves actuarielles concernant des cas de rentes qui ne sont pas désignés dans le contrat de couverture ne seront pas reprises. Sont considérés comme des cas de rentes les rentes d'invalidité et les rentes de survivants. Le

montant des réserves actuarielles nécessaires est déterminé conformément au tarif «porte à tambour» indiqué à l'art. 8.1 des présentes CGA.

Demeurent réservés les cas de rentes indiqués dans le contrat de couverture et dont les valeurs de reprise sont déterminées différemment de celles du tarif «porte à tambour» conformément aux bases actuarielles de l'assureur ou de l'organe de prévoyance reprenant et dont par conséquent les valeurs de reprise sont déterminées selon les mêmes principes en cas de résiliation du contrat.

6. Appréciation des risques individuels

6.1. 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 ainsi qu'en la définition des éventuelles mesures de réduction des risques (réserves pour raison de santé en matière de prestations). L'appréciation se déroule conformément aux dispositions du contrat de couverture. 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 de couverture 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 assuré 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.

Si le preneur d'assurance ou une compagnie d'assurance sur la vie chargée d'assurer les risques du preneur d'assurance a formulé une réserve pour raison de santé, celle-ci est reprise en tous les cas à partir du début du contrat jusqu'à son expiration prévue, au plus toutefois pendant cinq ans.

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

- a) confirmation de la pleine capacité de travail;
- b) questionnaire *Déclaration de santé*;
- c) examen médical.

6.2. Procédure ordinaire

elipsLife procède à l'appréciation de l'ensemble des risques individuels qui doivent lui être communiqués par le preneur d'assurance conformément à la procédure d'appréciation ressortant de l'art. 6.1 des présentes dispositions.

elipsLife décide du genre et de l'étendue de l'examen du risque et également des mesures éventuelles visant à réduire le risque (réserves pour raisons de santé).

Si le contrat de couverture le prévoit, elipsLife peut déléguer l'évaluation de l'état de santé en relation avec l'appréciation au preneur d'assurance. Dans ces cas, le preneur d'assurance déclare à elipsLife uniquement les personnes pour lesquelles l'appréciation définitive du risque n'a pas été déléguée.

elipsLife est habilitée à examiner à tout moment la conformité de l'exécution de la délégation de l'appréciation par le preneur d'assurance.

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

6.3. Réserve pour raisons de santé

elipsLife peut, sur la base de l'appréciation des risques individuels, émettre une réserve pour raison de santé valable pendant une durée de cinq ans maximum.

Si les problèmes de santé mentionnés dans la réserve entraînent une incapacité de travail, une invalidité ou le décès de la personne assurée pendant la durée de la réserve, ils n'ouvrent alors aucun droit au versement des prestations de survivants subrogatoires ni à celui des prestations subrogatoires en matière d'invalidité, et ce aussi longtemps que dure l'invalidité.

Aucune réserve n'est applicable aux prestations minimales légales selon la LPP ni aux prestations acquises grâce à la prestation de libre passage apportée dans l'assurance, pour autant que celles-ci étaient assurées sans réserve auprès de l'ancienne institution de prévoyance. Le preneur d'assurance informe elipsLife au cas par cas du montant des prestations minimales légales selon la LPP.

elipsLife communique au preneur d'assurance les réserves pour raison de santé. Le preneur d'assurance est tenu de communiquer dans les délais la réserve à la personne assurée.

6.4. Couverture d'assurance définitive

elipsLife accorde la couverture définitive avec éventuellement des conditions particulières à toutes les personnes à assurer pour lesquelles la procédure d'appréciation est close.

6.5. Couverture d'assurance provisoire

elipsLife accorde une couverture d'assurance provisoire aux personnes assurées qui doivent être annoncées à elipsLife conformément au contrat de couverture dans le cadre des règles d'admission. 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 provisoire sont limitées à CHF 1 000 000 au total (prestation en capital unique, plus la valeur des paiements récurrents de rentes de l'ensemble des prestations d'invalidité et de survivants réunis, déterminée conformément aux bases actuarielles d'elipsLife, moins l'avoir de vieillesse utilisé pour le financement).

La couverture d'assurance provisoire commence lors du début du lien de prévoyance avec la personne assurée, à condition que la déclaration à elipsLife ait lieu dans un délai de 90 jours. Si l'annonce a lieu après ce délai, la couverture d'assurance provisoire débute lors de la réception de la déclaration par elipsLife. Les présentes dispositions s'appliquent par analogie en cas d'augmentation de salaire.

La durée de la couverture d'assurance provisoire est limitée à quatre mois au plus après qu'elipsLife soit en possession de tous les documents nécessaires à l'appréciation et commence lors du début de la couverture définitive, éventuellement à des conditions particulières. Lorsqu'elipsLife ne dispose pas de tous les documents nécessaires, la couverture d'assurance provisoire prend fin six mois après la déclaration. Dans ce cas, aucune couverture d'assurance n'est octroyée. Les prestations minimales selon la LPP demeurent réservées, dans la mesure où le preneur d'assurance est une institution enregistrée selon la LPP.

6.6. Réticence

elipsLife peut limiter ses prestations subrogatoires aux prestations minimales légales selon la LPP si la personne assurée a fourni des réponses incomplètes ou non conformes à la vérité aux questions posées sur son état de santé dans le questionnaire *Déclaration de santé* ou lors de l'examen médical ou si la personne assurée a refusé de se soumettre à l'examen médical demandé. Dans ce cas, elipsLife transmet sa résiliation correspondante au preneur d'assurance dans les quatre semaines suivant le constat avéré de ce manquement, conformément à l'art. 6 LCA. Si le règlement du preneur d'assurance prévoit un délai supérieur, ce dernier s'applique également au présent rapport de prévoyance. Dans ce cas, le preneur d'assurance s'engage à résilier le contrat de prévoyance dans les délais. elipsLife ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable des conséquences d'une résiliation tardive.

7. Gestion des prestations

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

On entend par cas d'assurance ou cas de prestation, l'obligation pour le preneur d'assurance d'apporter une prestation financière réglementaire en cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de décès d'une personne assurée.

Constitue un cas de décès, le décès d'une personne assurée survenu à la suite d'une maladie ou d'un accident 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.

En cas d'invalidité, la date de survenance de l'incapacité de travail déterminante établit le cas d'assurance; elle ne peut être antérieure à la date à laquelle prend naissance le droit à une rente AI. Le droit à une rente d'invalidité est repoussé jusqu'à l'expiration du délai de carence réglementaire. Si une personne assurée est atteinte d'une invalidité partielle, le montant de la prestation d'invalidité est déterminé conformément à l'échelle indiquée par le règlement pour déterminer le degré d'invalidité.

L'obligation d'elipsLife de fournir des prestations commence au plus tôt à l'expiration des délais de carences prévus dans le contrat de couverture.

7.2. 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, au plus tard cependant quatre semaines après en avoir eu connaissance.

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 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:

- a) une modification du degré d'incapacité de travail ou de gain, ou du degré d'invalidité;
- b) la suppression de rentes pour enfants;
- c) une reprise éventuelle de l'activité; ou
- d) le décès de la personne assurée.

De même, le preneur d'assurance déclare à elipsLife le refus d'une personne assurée recevant des prestations en cas d'invalidité de se soumettre à un examen médical complémentaire ou à des mesures de réadaptation raisonnables.

Les actions en recouvrement de créances périodiques, exonération du paiement des primes comprise, se prescrivent par cinq ans, les autres par dix ans. Concernant le droit d'action, la prescription commence à courir à partir de l'exigibilité de la créance.

7.3. 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'incapacité de travail, d'invalidité ou de décès comprend entre autres, les tâches suivantes:

La collecte des données et des documents importants auprès de la personne assurée, de son employeur et/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, le preneur d'assurance l'autorise à prendre contact directement avec la personne assurée, son employeur, le médecin traitant, les hôpitaux et autres thérapeutes, la caisse-maladie, l'assurance d'indemnités journalières, la SUVA, l'AI, les institutions de l'intégration sociale et professionnelle ainsi qu'avec le réassureur.

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.

7.4. Reconnaissance des sinistres

elipsLife vérifie à la fois les prétentions élevées par la personne assurée à l'encontre du preneur d'assurance en vertu des dispositions réglementaires, mais aussi la prise en charge par elipsLife de ces prestations ou d'une partie de ces prestations. Si le preneur d'assurance et elipsLife sont tenus de verser des prestations, elipsLife reconnaît alors le cas de prestation et en informe le preneur d'assurance. Toute promesse de prestations faite par le preneur d'assurance à une personne assurée sans l'accord d'elipsLife n'engage pas cette dernière et ne fonde aucun droit découlant du contrat de couverture.

7.5. Cession des prétentions à l'égard de tiers

elipsLife est subrogée aux droits du preneur d'assurance jusqu'à concurrence de ceux que celui-ci représente au nom de la personne assurée, de ses survivants ou de tout autre bénéficiaire en vertu de l'art. 20, let. a, LPP à l'égard de tiers responsables du cas d'assurance. Il en va de même si le preneur d'assurance est tenu de verser des prestations préalables au sens de l'art. 26, al. 4, LPP, lesquelles sont prises en charge par elipsLife.

Le preneur d'assurance s'engage à soutenir elipsLife lors des procédures de recours correspondantes et à éviter tout ce qui pourrait léser le droit de recours d'elipsLife.

8. Résiliation du contrat

8.1. Dispositions générales

Après expiration de la durée contractuelle minimale, le contrat de couverture 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 de la durée fixée dans le contrat de couverture.

Le contrat de couverture règle les conséquences de la résiliation du contrat pour l'assurance des bénéficiaires de rentes. Une telle réglementation concerne exclusivement la gestion des réserves actuarielles. La gestion des rentiers en tant que bénéficiaires demeure du ressort du preneur d'assurance.

Pour les rentes dont le contrat de couverture prévoit expressément la continuation du versement par elipsLife, les dispositions suivantes sont applicables:

- La réglementation concerne exclusivement les cas pour lesquels le risque fondant le cas de prestation est survenu pendant la durée de la couverture d'assurance. Dans la mesure où les réserves pour de tels cas de rentes restent chez elipsLife, l'assurance et l'obligation de verser les prestations continuent également à incomber à elipsLife. Dans ce cas, les règles sur l'utilisation de l'avoir de vieillesse pour le financement des prestations de survivants sont également applicables.
- En cas de liquidation du preneur de prévoyance, elipsLife transfère les réserves correspondantes à l'organe de prévoyance qui lui succède. Le preneur d'assurance s'engage à informer elipsLife de la liquidation envisagée et à désigner l'organe de prévoyance qui lui succède.

Pour les cas de rentes dont le contrat de couverture ne prévoit pas expressément qu'ils continuent à être assumés par elipsLife, les réserves correspondantes sont transmises au preneur d'assurance ou le cas échéant à la compagnie d'assurance sur la vie qui lui succède. Ceci s'applique en particulier aux cas de rentes qu'elipsLife a repris d'un assureur précédent.

Le montant de la valeur de transfert est déterminé en fonction du tarif «porte à tambour» conformément aux bases techniques suivantes:

Début de l'incapacité de travail déterminante	Bases	Taux d'intérêt
avant le 1.1.2005	GIM/F 0610	3,5%
1.1.2005 et après	GIM/F 0610	2,5%
1.1.2018 et après	GIM/F 0610	2,0%

Sont réservés les cas de rentes qui ne sont pas repris selon le tarif «porte à tambour» conformément à l'art. 5.3 des présentes dispositions. Pour ces cas, la valeur de transfert est déterminée conformément aux bases actuarielles utilisées pour le calcul du transfert.

Le décompte définitif de la prime brute de la dernière année d'assurance a lieu conformément à l'art. 3.5 des présentes CGA.

8.2. Couverture d'assurance après la résiliation du contrat

Dans les cas où une incapacité de travail déterminante survient pendant la durée du contrat mais dont le dernier cas de prestation (décès, invalidité ou l'augmentation du degré d'invalidité) a lieu après la résiliation du contrat, l'obligation de verser des prestations d'elipsLife continue pendant trois ans au maximum après la résiliation du contrat. L'art. 2.2 des présentes dispositions demeure réservé en ce qui concerne les rapports de couverture contractés par le preneur d'assurance avec d'autres compagnies d'assurance sur la vie après la résiliation du contrat. Les dispositions de l'art. 8.1 des présentes CGA sur les conséquences d'une résiliation du contrat pour les prestations de rentes en cours s'appliquent également dans ce cas.

8.3. 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 de couverture; ou
- b) donne des informations erronées ou incomplètes sur le cours des sinistres avant la souscription du contrat,

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.

9. Divergences d'opinion

9.1. 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 Zurich.

10. Annexe 1: glossaire

elipsLife: elipsLife est une compagnie d'assurance sur la vie de droit liechtensteinois constituée selon la forme d'une société anonyme avec personnalité juridique au sens du droit des personnes et des sociétés (Personen- und Gesellschaftsrecht PGR).

Partenaires contractuels: les partenaires contractuels d'elipsLife sont des institutions de prévoyance du 2^e pilier.

AI: assurance-invalidité (prévoyance fédérale)

Cercle des personnes assurées: le cercle des personnes assurées relevant du preneur d'assurance est déterminé selon des critères objectifs. Est applicable le principe de l'adhésion au règlement du preneur d'assurance

Salaire pouvant être pris en compte: le salaire pouvant être pris en compte correspond au salaire annuel de la personne assurée qui est déterminé conformément au règlement et garanti par contrat.

Salaire assuré: le salaire assuré est le salaire déterminant pour le calcul des prestations réglementaires. Il découle du salaire pouvant être pris en compte et ne peut être supérieur à ce dernier.

Incapacité de travail, incapacité de gain et invalidité: pour les concepts d'«incapacité de travail», d'«incapacité de gain» et d'«invalidité», sont déterminantes les définitions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

Âge tarifaire: l'âge tarifaire d'une personne assurée se calcule comme la différence entre l'année d'assurance et son année de naissance et est exprimé en années et en mois.