

Assurance-accidents complémentaire (LAAC)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Version 2021-05

L'essentiel en bref

Les informations suivantes destinées au client vous fournissent conformément à l'art. 3 de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) et/ou de la loi liechtensteinoise sur le contrat d'assurance (*Gesetz über den Versicherungsvertrag, VersVG*) pour les sociétés domiciliées dans la Principauté de Liechtenstein un aperçu de notre identité en tant qu'assureur et des principaux éléments du contrat d'assurance. Le contrat d'assurance se compose de l'offre/la proposition, des éventuelles déclarations de santé, de la police d'assurance, des conditions générales d'assurance (CGA) et des éventuelles conditions particulières (CP).

Notez que les risques assurés ainsi que les personnes assurées sont convenus au cas par cas et que seul votre propre contrat d'assurance fait foi concernant vos droits éventuels aux prestations. Les droits et les devoirs des parties au contrat découlent du contrat d'assurance ainsi que des prescriptions légales applicables, notamment de la LCA ou de la VersVG.

Qui est l'assureur?

L'assureur est la compagnie Elips Versicherungen AG (ci-après «elipsLife») domiciliée Gewerbeweg 15 à 9490 Vaduz.

Qui est le preneur d'assurance?

Le preneur d'assurance est la personne physique ou morale qui souscrit l'offre/la proposition et/ou la police d'assurance et qui intervient donc comme partenaire contractuel.

Qui est assuré?

Sont assurés d'une manière générale tous les salariés, quel que soit leur domicile, liés à l'employeur (au preneur d'assurance) par un rapport de travail et qui sont soumis à l'assurance-accidents obligatoire.

Les travailleurs indépendants et les membres collaborateurs de leur famille qui ne cotisent pas à l'AVS sont assurés sous réserve qu'ils figurent nommément au contrat.

Qu'est-ce qui est assuré?

Sont assurés les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles survenant pendant la durée du contrat de la présente assurance-accidents complémentaire et devant être indemnisés par l'assurance-accidents obligatoire. La couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

L'obligation d'elipsLife de verser des prestations s'étend au dommage réel subi jusqu'à concurrence de la somme d'assurance maximale convenue en tenant compte des prestations de tiers. Par conséquent, il s'agit d'une assurance de dommages et non d'une assurance de sommes. Cela concerne notamment le paiement de frais de guérison, d'indemnités journalières et de rentes d'invalidité. En revanche, pour les versements en cas d'invalidité de longue durée ou de décès et pour les indemnités journalières d'hospitalisation les prestations versées par des tiers ne sont pas prises en compte. Pour ces prestations, il s'agit donc d'une assurance de sommes.

Quelles sont les prestations fournies par elipsLife?

Les informations suivantes concernent la couverture d'assurance proposée. Pour une description générale définitive de la couverture d'assurance et de ses restrictions, il faut se reporter aux conditions d'assurance. Les garanties souscrites par le preneur d'assurance en vue de constituer sa couverture d'assurance ainsi que les renseignements individuels, tels que la somme d'assurance convenue, sont stipulés dans le contrat d'assurance. La couverture d'assurance s'étend aux points ci-après:

Modules de couverture optionnels:

- Frais de guérison (traitements médicaux, dommages matériels, frais de voyage, de transport et de sauvetage, transport du corps, moyens auxiliaires, médecine alternative et complémentaire, aide-ménagère, participation aux coûts d'entretien pendant un séjour en maison de repos).
- Indemnité journalière d'hospitalisation.
- Indemnités journalières en cas d'incapacité de travail d'au moins 25%.
- Capital invalidité de longue durée et capital décès.
- Rente d'invalidité.
- Rentes de survivants.
- Risque spécial (réductions de prestations de l'assurance-accidents obligatoire en cas de négligence grave ou d'actes téméraires).

Les prestations récurrentes sont indemnisées comme suit:

- | | |
|---|--|
| • Traitement médical | Au maximum jusqu'à l'attribution d'une rente d'invalidité par l'assurance-accidents obligatoire ou jusqu'au recouvrement de la capacité de travail |
| • Indemnité journalière d'hospitalisation | Pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 730 jours en cinq ans à partir du jour de l'accident |
| • Indemnités journalières | Au maximum jusqu'à l'attribution d'une rente d'invalidité par l'assurance-accidents obligatoire ou jusqu'au recouvrement de la capacité de travail |

- Indemnités journalières en cas de rechutes et de séquelles tardives consécutives à des accidents antérieurs Pour une durée n'excédant pas celle de l'obligation faite à l'employeur de continuer à verser le salaire
- Rente d'invalidité Droit à vie
- Rentes de survivants Au maximum jusqu'au remariage du conjoint survivant et au maximum jusqu'aux 18 ans révolus des enfants survivants ou jusqu'à ce qu'ils aient terminé leur formation (jusqu'à 25 ans au maximum)

Le droit s'éteint au décès de la personne assurée ou bénéficiaire.

Les personnes qui au terme de leur rapport de travail ou au moment de la dissolution du contrat d'assurance sont en incapacité de travail bénéficient d'un droit aux prestations qui s'étend au maximum jusqu'à la fin de la durée des prestations dès lors que des prestations sont encore dues au titre de l'assurance-accidents obligatoire.

Si le contrat d'assurance est résilié et si les soins destinés au traitement d'un accident déjà survenu ne sont pas encore terminés, elipsLife prendra en charge les frais de guérison de cet accident pendant cinq ans au maximum après la date de l'accident et jusqu'à un montant supplémentaire maximum de 25 000 CHF.

Le Case Management d'elipsLife se tient aux côtés des personnes malades ou accidentées pendant toute leur convalescence et leur réintégration. Une réintégration rapide et durable des personnes concernées contribue à réduire les coûts des longues maladies pour l'entreprise.

Quelles garanties ne sont pas couvertes?

Ne sont pas assurées

- les incapacités de travail existantes au début de l'assurance,
- les séquelles d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur,
- les incapacités de travail survenues lors d'un congé sans solde,

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

- séjour à l'étranger pendant une incapacité de travail en cours sans l'autorisation expresse d'elipsLife,
- conséquences d'événements de guerre, de troubles, d'actes criminels et de rixes impliquant la personne assurée,
- conséquences d'événements de guerre et de troubles en cas de voyage à l'étranger dans un pays déconseillé par le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE). Si la personne assurée se laisse surprendre par une guerre, une couverture d'assurance temporaire lui est accordée. Elle devra quitter le pays dans un délai de 14 jours,
- conséquences de tremblements de terre en Suisse et au Liechtenstein,
- conséquences d'un taux d'alcoolémie dans le sang $\geq 1,8\text{‰}$,
- conséquences de risques particulièrement élevés (actes téméraires): une telle exclusion de couverture n'est pas applicable dès lors que le risque spécial est également assuré,
- conséquences d'un suicide ou d'une auto-mutilation.

Vous trouverez la liste exhaustive des exclusions de prestation à l'art. 4.1. des CGA.

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

Le montant de la prime dépend du risque assuré et des couvertures assurées. Il se calcule à partir de la masse salariale AVS de l'entreprise multipliée par le taux de prime applicable conformément au contrat d'assurance. Il est dû d'avance par le preneur d'assurance. La date d'échéance de la prime est indiquée sur l'avis d'échéance. Dès lors que la masse salariale n'a pas été fermement convenue, les primes pour les salariés assurés sont définies chaque année de manière provisoire. Le calcul définitif des primes a lieu à la fin de l'année d'assurance sur la base des salaires à déclarer.

Si en tant que preneur d'assurance vous êtes en retard dans le paiement des primes, la couverture d'assurance sera suspendue après expiration du délai de sommation. Si vous rencontrez des difficultés financières, nous vous recommandons vivement de prendre contact avec nous le plus tôt possible.

Quelles sont les principales obligations du preneur d'assurance?

- Respect des délais de paiement des primes et déclaration des masses salariales effectives pour le calcul définitif du montant des primes.
- Déclaration des cas de prestation dans les délais impartis.
- Obligation d'informer la personne assurée au sujet de l'étendue de sa couverture et de ses devoirs de conduite ainsi qu'au sujet de son droit à passer à l'assurance individuelle s'il quitte l'entreprise.
- Déclaration de tout changement affectant un critère important pour le contrat (augmentation du risque).

Vous trouverez la liste exhaustive des obligations à l'art. 8 des CGA.

Quand le contrat commence-t-il à courir et prend-il fin?

Le contrat commence à courir à la date stipulée au contrat d'assurance. Quelle que soit la durée contractuelle convenue, vous avez le droit de résilier le contrat d'assurance au plus tard après trois ans. À l'expiration de la durée du contrat, celui-ci est reconduit tacitement d'une année supplémentaire à moins de le résilier trois mois avant la fin de l'année civile.

Le contrat d'assurance prend automatiquement fin avec effet immédiat en cas de cessation d'activité ou de transfert du siège social à l'étranger.

Toute révision de prime de la part d'elipsLife vous est communiquée avec un préavis d'au moins 30 jours. Dans ces circonstances, vous avez le droit de résilier le contrat d'assurance au terme de l'année civile en cours.

De quelle manière détermine-t-on et calcule-t-on une participation aux excédents?

Une participation aux excédents peut être convenue en option, toutefois elle ne s'applique pas aux prestations de rentes. Pour le calcul, on tient compte des prestations d'assurance servies et réservées ainsi que de la part de prime déterminante pour la période d'excédents considérée qui est généralement de trois ans. Vous pouvez prétendre à une participation aux excédents à la fin de la période d'excédents considérée. Le calcul s'effectue dès que les primes ont été intégralement réglées. Les prestations d'assurance servies et réservées sont déduites de la part de prime déterminante. S'il en résulte une différence positive, celle-ci vous sera remboursée sous forme d'avoir.

De quelle manière elipsLife traite-t-elle vos données?

elipsLife a besoin des données personnelles du preneur d'assurance et des personnes assurées aux fins de l'appréciation du risque à assurer avant la conclusion du contrat d'assurance et de l'exécution des relations contractuelles, en particulier en cas de prestation. Le consentement des personnes assurées à la collecte et à l'utilisation de leurs données de santé ainsi que les déclarations correspondantes de déliement de l'obligation de garder le secret sont obtenus au cas par cas.

elipsLife procède au traitement des données issues des documents contractuels ou de l'exécution du contrat et les utilise notamment afin de déterminer la prime, d'évaluer les risques, de traiter les cas d'assurance, de réaliser des analyses statistiques et à des fins de marketing. Ces données sont conservées physiquement ou sous forme numérique.

Le preneur d'assurance et la personne assurée ont le droit de demander des renseignements sur les données enregistrées les concernant. Ils peuvent également exiger la rectification de leurs données si ces dernières sont erronées ou incomplètes. Ces droits peuvent être exercés à l'adresse suivante: elipsLife, Compliance, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zurich, ou à compliance@elipslife.com

Pouvez-vous révoquer votre proposition de contrat?

Non. Dans le cadre des assurances professionnelles de personnes, il n'existe pas de droit de révocation.

Quand devez-vous nous déclarer un cas de prestation?

Si un événement est susceptible d'entraîner le versement de prestations d'assurance, vous devez nous le signaler immédiatement. Un certificat médical attestant du degré et de la durée de l'éventuelle incapacité de travail doit être présenté en même temps que la déclaration.

Durée de validité de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance est acquise pour tous les cas de prestation assurés survenant au cours de la durée du contrat dans le cadre des rapports de travail et devant être indemnisés par l'assurance-accidents obligatoire.

Au terme de la couverture d'assurance, la couverture est maintenue temporairement pour une durée de 31 jours pour les accidents non professionnels. Pour les salariés à temps partiel dont le temps de travail hebdomadaire est inférieur à huit heures et qui sont couverts exclusivement pour les accidents du travail, la couverture d'assurance cesse le dernier jour de travail. Si la personne assurée change d'emploi avant cela, la couverture d'assurance prend fin dès l'entrée en service à son nouveau poste.

Pour les cas de prestations survenus pendant une suspension de couverture (lorsque, en dépit d'une sommation, aucun paiement n'est intervenu de la part du preneur d'assurance à l'échéance du délai de sommation) la couverture d'assurance est suspendue jusqu'au paiement intégral de la prime en souffrance. 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.

Réclamations

Votre courtier ainsi qu'elipsLife mettent tout en œuvre pour traiter votre demande avec professionnalisme. Si toutefois vous n'étiez pas satisfait, vous pouvez adresser votre réclamation au service suivant:

elipsLife
Compliance
Thurgauerstrasse 54
Case postale
8054 Zurich

Si notre réponse ne vous donne pas satisfaction, vous avez également la possibilité de soumettre votre réclamation à l'autorité de surveillance compétente:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Landstrasse 109
Postfach 279
9490 Vaduz

Sommaire

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

1.	Bases de l'assurance	7
1.1.	Assureur	7
1.2.	Bases du contrat	7
1.3.	Objet de l'assurance	7
1.4.	Accidents et maladies professionnelles assurés	7
1.5.	Personnes assurées	7
1.6.	Validité territoriale	7
1.7.	Validité temporelle	7
1.8.	Formulation au masculin et au féminin	7
2.	Prestations d'assurance	8
2.1.	Frais de guérison	8
2.2.	Indemnité journalière d'hospitalisation	9
2.3.	Indemnité journalière	9
2.4.	Cas d'invalidité	10
2.5.	Décès	12
2.6.	Prestations versées sous forme de rente	12
2.7.	Assurance du salaire post mortem	12
2.8.	Risque spécial	13
2.9.	Couverture maximale	13
2.10.	Couverture d'assurance pendant un congé sans solde	13
3.	Variantes d'assurance	13
3.1.	Système salarial	13
4.	Restrictions de l'étendue de la couverture	14
4.1.	Exclusions	14
4.2.	Réductions	14
4.3.	Décès provoqué par un ayant droit	15
5.	Début et fin de la couverture d'assurance	15
5.1.	Début de la couverture d'assurance	15
5.2.	Fin de la couverture d'assurance	15
5.3.	Passage dans l'assurance individuelle	15
6.	Début, durée et fin du contrat d'assurance	16
6.1.	Début du contrat	16
6.2.	Durée du contrat	16
6.3.	Annulation du contrat	16
7.	Primes	17
7.1.	Calcul des primes	17
7.2.	Prime anticipée	17
7.3.	Décompte de primes et consultation	17
7.4.	Paiement des primes et échéance	17
7.5.	Retard de paiement	17
7.6.	Adaptation des primes	17
7.7.	Participation aux excédents	18
8.	Droits et obligations en cas de sinistre	18
8.1.	Obligations en cas de sinistre	18
8.2.	Réduction du dommage	18
8.3.	Obligation de renseigner	19
8.4.	Echéance et paiement des prestations d'assurance	19
8.5.	Droit de recours	19
9.	Données des clients et protection des données	20
10.	Dispositions finales	22
10.1.	Compensation	22
10.2.	Cession et mise en gage	22
10.3.	Validité territoriale	22
10.4.	Communications	22
10.5.	For	22
10.6.	Obligation d'informer du preneur d'assurance	22
10.7.	Communications obligatoires du preneur d'assurance	22
10.8.	Langue officielle	22
11.	Glossaire	23
11.1.	Liste des abréviations utilisées	23

1. Bases de l'assurance

1.1. Assureur

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

1.2. Bases du contrat

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

Pour des raisons de lisibilité, la loi fédérale suisse sur l'assurance-accidents et l'ordonnance y relative sont citées dans le présent texte sous leur forme abrégée (LAA, OAA). Pour les preneurs d'assurance domiciliés au Liechtenstein, les lois et ordonnances correspondantes sont applicables (UVersG, UVersV). Lorsque les présentes conditions d'assurance renvoient à des articles déterminés de la LAA ou de l'OAA, les dispositions correspondantes de l'UVersG ou de l'UVersV sont applicables aux preneurs d'assurance domiciliés au Liechtenstein.

1.3. Objet de l'assurance

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

1.4. Accidents et maladies professionnelles assurés

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

Si la personne assurée est assurée contre les accidents non professionnels conformément à la LAA, l'assurance s'étend aux accidents survenus lors d'une autre activité professionnelle ou lors du temps libre successif, avant la reprise du travail dans l'entreprise assurée. Demeurent réservées les dispositions des art. 3.1.3. et 4.2.2. des présentes CGA.

1.5. Personnes assurées

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

1.6. Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

1.7. Validité temporelle

elipsLife fournit les prestations assurées pendant la durée contractuelle mentionnée dans la police d'assurance, mais au maximum jusqu'à l'expiration du contrat d'assurance, ou jusqu'à l'épuisement des prestations assurées conformément au présent contrat.

1.8. Formulation au masculin et au féminin

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

2. Prestations d'assurance

2.1. Frais de guérison

Si l'assurance inclut les frais de guérison, elipsLife prend en charge les coûts suivants, reconnus selon la LAA et la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM) mais non couverts par ces institutions (points 2.1.1 à 2.1.4).

2.1.1. Traitement médical

elipsLife prend en charge les dépenses nécessaires pour les traitements médicaux ou les traitements prescrits par un médecin en Suisse, au Liechtenstein et à l'étranger et fournis par un prestataire en vertu de l'art. 10 LAA, ainsi que les frais de séjour en division semi-privée ou privée dans les hôpitaux et les cliniques de réadaptation en Suisse, au Liechtenstein et à l'étranger.

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

2.1.2. Dommages matériels

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

2.1.3. Frais de voyage, de transport et de sauvetage

elipsLife prend en charge les frais liés aux éléments suivants:

- a) toutes les mesures de sauvetage nécessaires à la suite de l'accident, les frais liés aux recherches de l'assuré étant toutefois limités au montant de 40 000 CHF,
- b) tous les transports nécessaires à la suite de l'accident, y compris à bord d'un aéronef, mais uniquement si ce mode de transport est inévitable pour des raisons médicales ou techniques.

Les éventuels frais de voyage économisés grâce à ce transport et les remboursements de billets de train, d'avion et de bateau non utilisés seront déduits des prestations obligatoires d'elipsLife.

2.1.4. Transport du corps

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

2.1.5. Équipements

elipsLife prend en charge les dépenses pour le premier achat de prothèses, de lunettes, d'appareils auditifs et d'auxiliaires orthopédiques. Leur réparation ou leur remplacement (valeur à neuf) sont également assurés, pour autant qu'ils aient été endommagés ou détruits à la suite d'un accident ayant entraîné un traitement assuré. Les frais pour les moyens de transport mécaniques ainsi que pour la construction, la modification, la location et l'entretien des biens immobiliers ne sont pas remboursés. Les dépenses pour les équipements sont généralement évaluées en fonction de leur efficacité, de leur opportunité et de leur efficacité économique (critères EAE).

2.1.6. Médecine alternative et complémentaire

Par accident, elipsLife indemnise un montant limité couvrant les frais effectifs des traitements médicaux alternatifs et complémentaires, pour autant que ceux-ci ne donnent pas droit à une indemnité de l'assurance-accidents obligatoire et que le traitement ait été pratiqué par un thérapeute agréé selon le Registre de médecine empirique (RME). Le montant par accident s'élève au maximum à 150 CHF par séance et est limité au total à 20 séances maximum.

2.1.7. Aide-ménagère

elipsLife prend en charge les frais effectifs des services ménagers fournis au domicile de la personne assurée jusqu'à 100 CHF par jour et par accident, mais pas au-delà du maximum fixé à 6 000 CHF. Le droit à ces services est subordonné à une incapacité de travail attestée d'au moins 50%. L'aide-ménagère ne peut par ailleurs pas vivre sous le même toit que la personne assurée.

2.1.8. Prestations de tiers

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

2.1.9. Participation aux frais d'entretien durant une hospitalisation

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

2.1.10. Montant et durée des prestations

elipsLife prend en charge les frais de guérison nécessaires sans appliquer de limite dans le temps ou sur le montant, tant que des prestations doivent être fournies au titre de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire suisse (AM).

Si le présent contrat d'assurance expire et que le traitement pour un accident antérieur n'est pas encore parvenu à terme, elipsLife indemnise les frais de guérison de cet accident après l'expiration du contrat, mais pas au-delà de cinq ans à compter du jour de l'accident, conformément à la LAA/UVersG. elipsLife prend en charge les frais de guérison ultérieurs dans la mesure où et tant que les frais de guérison n'ont pas encore dépassé le montant de 25 000 CHF.

2.2. Indemnité journalière d'hospitalisation

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

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

2.3. Indemnité journalière

2.3.1. Durée d'allocation des prestations

elipsLife verse l'indemnité journalière au maximum jusqu'au démarrage de la rente d'invalidité LAA, conformément à la disposition prise par l'assureur LAA. Le droit à l'indemnité journalière s'éteint lorsque la personne assurée recouvre sa pleine capacité de travail, à partir du moment où elle a droit à percevoir un capital invalidité ou une rente d'invalidité conformément à la disposition prise par l'assureur LAA, ou à son décès.

2.3.2. Droit et délai d'attente

Le paiement de l'indemnité journalière débute le premier jour de l'incapacité de travail attestée par un médecin, mais au plus tôt trois jours avant le premier acte médical. Aucune indemnité n'est versée pour le jour de l'accident et le délai d'attente convenu. Le délai d'attente commence avec le constat médical de l'incapacité de travail, au plus tôt toutefois le jour suivant l'accident. Les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente. En cas d'incapacité de travail partielle, le montant de l'indemnité journalière est fonction de l'étendue de l'incapacité de travail; une indemnité journalière n'est versée qu'à partir d'une incapacité de travail d'au moins 25%. Les prestations d'autres assureurs et de tiers obligés de fournir des prestations sont prises en compte (assurance dommages).

2.3.3. Indemnité journalière en cas de rechutes et de séquelles tardives consécutives à des accidents antérieurs

En cas de rechutes et de séquelles tardives d'accidents antérieurs qui n'étaient pas assurés ou qui ne relèvent plus d'une obligation de prestations issues de l'assurance antérieure, elipsLife versera les prestations suivantes à condition que la personne assurée soit employée depuis au moins trois mois par le preneur d'assurance:

- a) en cas d'incapacité de travail de la personne assurée, l'obligation faite au preneur d'assurance de continuer à payer le salaire au sens de l'art. 324a CO dès lors qu'une indemnité journalière est assurée,
- b) en cas de décès de la personne assurée, le salaire AVS dû par le preneur d'assurance aux survivants conformément à l'art. 338, al. 2 CO, dans la mesure où un capital décès est aussi assuré.

L'obligation contractée par le preneur d'assurance de verser le salaire pendant une durée dépassant la réglementation légale ne donne aucun droit aux prestations.

2.4. Cas d'invalidité

Le droit à des prestations en cas d'invalidité est examiné au plus tôt au moment où il faut s'attendre à ce que le traitement médical ne permette plus une amélioration notable de l'état de santé. Si, à la suite de l'accident, une invalidité théorique sur le plan médical est susceptible de persister, elipsLife versera le capital invalidité déterminé en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de l'option de prestation choisie.

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

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

2.4.1. Détermination du degré d'invalidité

- Le degré de l'invalidité (degré AI) est déterminé conformément aux dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA, annexe 3; UVersV, annexe 4) et aux barèmes ressortant des tables 1 à 22 de la Suva. En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou d'un organe, le degré d'invalidité est réduit en proportion.
- En cas de perte simultanée ou de privation simultanée de l'usage de plusieurs parties du corps, le degré d'invalidité s'obtient en règle générale par l'addition de leurs pourcentages sans que le total puisse excéder 100%.
- Si des parties du corps, des fonctions corporelles ou des fonctions psychiques et mentales étaient déjà entièrement ou partiellement perdues ou inutilisables avant l'accident en raison d'une maladie, d'une infirmité congénitale ou d'accidents antérieurs, le degré d'invalidité préexistant déterminé selon les principes susmentionnés est déduit du nouveau degré d'invalidité. Si les séquelles de l'accident sont aggravées par de tels facteurs étrangers à l'accident survenus simultanément, une réduction proportionnelle est effectuée.
- Les modifications du degré d'invalidité intervenant après ce constat du degré d'invalidité, à savoir aussi les rechutes et les séquelles tardives, ne sont pas prises en compte.

2.4.2. Détermination du capital invalidité

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

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

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

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

Degré AI	Variante A	Variante B	Degré AI	Variante A	Variante B
25%	25%	25%	63%	114%	165%
26%	27%	28%	64%	117%	170%
27%	29%	31%	65%	120%	175%
28%	31%	34%	66%	123%	180%
29%	33%	37%	67%	126%	185%
30%	35%	40%	68%	129%	190%
31%	37%	43%	69%	132%	195%
32%	39%	46%	70%	135%	200%
33%	41%	49%	71%	138%	205%
34%	43%	52%	72%	141%	210%
35%	45%	53%	73%	144%	215%
36%	47%	58%	74%	147%	220%
37%	49%	61%	75%	150%	225%
38%	51%	64%	76%	153%	230%
39%	53%	67%	77%	156%	235%
40%	55%	70%	78%	159%	240%
41%	57%	73%	79%	162%	245%
42%	59%	76%	80%	165%	250%
43%	61%	79%	81%	168%	255%
44%	63%	82%	82%	171%	260%

45%	65%	85%	83%	174%	265%
46%	67%	88%	84%	177%	270%
47%	69%	91%	85%	180%	275%
48%	71%	94%	86%	183%	280%
49%	73%	97%	87%	186%	285%
50%	75%	100%	88%	189%	290%
51%	78%	105%	89%	192%	295%
52%	81%	110%	90%	195%	300%
53%	84%	115%	91%	198%	305%
54%	87%	120%	92%	201%	310%
55%	90%	125%	93%	204%	315%
56%	93%	130%	94%	207%	320%
57%	96%	135%	95%	210%	325%
58%	99%	140%	96%	213%	330%
59%	102%	145%	97%	216%	335%
60%	105%	150%	98%	219%	340%
61%	108%	155%	99%	222%	345%
62%	111%	160%	100%	225%	350%

2.4.3. Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Pour une déformation grave et durable du corps humain provoquée par un accident (dommages esthétiques, par exemple cicatrices), pour laquelle aucun capital invalidité n'est dû mais qui produit néanmoins une détérioration de la position sociale de l'assuré, elipsLife verse:

- 10% de la somme d'assurance (sans progression) convenue dans la police d'assurance pour une invalidité, en cas de défiguration et/ou
- 5% en cas de déformation d'autres parties du corps habituellement visibles.

La prestation pour les dommages d'ordre esthétique est limitée à 20'000 CHF.

2.4.4. Versement sous forme de rente

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

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

2.4.5. Frais de reconversion en cas de maladie professionnelle

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

2.5. Décès

Si la personne assurée décède des suites d'un accident, elipsLife verse la somme assurée en cas de décès, déduction faite de l'éventuelle indemnité pour invalidité déjà servie pour le même accident. Si l'assuré a moins de 16 ans ou plus de 65 ans, la somme due en cas de décès s'élève à 20'000 CHF au maximum.

Sont considérés comme bénéficiaires dans l'ordre suivant:

- a) le conjoint ou le partenaire enregistré survivant, à défaut
- b) le partenaire non marié ou non enregistré et qui n'a aucun lien de parenté avec la personne assurée (également de même sexe) 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, à défaut
- c) les enfants, à défaut
- d) la personne physique désignée par la personne assurée comme légataire de ce capital décès, à défaut
- e) les parents, à défaut
- f) les frères et sœurs.

L'existence d'ayants droit dans un groupe exclut les droits de l'ensemble des groupes de personnes suivants. En présence de plusieurs ayants droit dans un groupe de personnes autorisé, toutes les personnes sont autorisées à parts égales.

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

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

2.6. Prestations versées sous forme de rente

Dans le cadre du salaire excédentaire, des prestations versées sous forme de rente peuvent être assurées en complément ou en lieu et place des couvertures en capital mentionnées aux points 2.4 et 2.5 des présentes CGA. Les prestations dues échoient dès la constatation du caractère a priori permanent de l'invalidité (début de la rente selon la LAA) et dès l'arrêt du versement d'une éventuelle indemnité journalière par l'assureur LAA. Les dispositions de la LAA s'appliquent au rachat des rentes. Les rentes ne bénéficient pas d'une compensation du renchérissement. Les prestations d'autres assureurs et de tiers obligés de fournir des prestations sont prises en compte (assurance de dommages).

2.6.1. Rentes de survivants dans le cadre du salaire excédentaire

En cas de décès, elipsLife verse les rentes de survivants convenues.

Les rentes de survivants s'élèvent, en pourcent de l'excédent salaire assuré:

- a) pour les veuves et les veufs: à 40%
- b) pour les orphelins de père ou de mère: à 15%
- c) pour les orphelins de père et de mère: à 20%
- d) en cas de concours de plusieurs survivants: à 70% au plus et en tout

Les rentes de survivants sont versées aussi longtemps que les rentes selon la LAA. Le conjoint divorcé n'a pas droit à une rente de survivant. Les dispositions relatives à la rente complémentaire ne sont pas applicables.

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

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

2.7. Assurance du salaire post mortem

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

2.8. Risque spécial

Si le risque spécial est assuré, les réductions et les refus de prestations applicables à l'assurance conformément à la LAA et à l'AM sont pris en charge en cas d'accidents attribuables à une négligence grave ou à des actes téméraires. elipsLife renonce, pour les prestations issues du contrat complémentaire conclu, également aux réductions et aux refus de prestations en cas d'accidents attribuables à des actes téméraires. Les dangers extraordinaires au sens de l'art. 39 LAA ne sont pas considérés comme un risque spécial.

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

2.9. Couverture maximale

Le montant du salaire maximal assurable par personne et par année est fixé dans le contrat et est limité en règle générale à 300'000 CHF.

2.10. Couverture d'assurance pendant un congé sans solde

Si, à la suite d'un congé sans solde, la personne assurée a souscrit une assurance par convention à la suite du maintien temporaire de la couverture en vertu de l'art. 3 al. 3 de la LAA et que son contrat de travail est maintenu, la couverture d'assurance correspondante est acquise dans le cadre des prestations assurées de l'assurance complémentaire LAA.

En revanche, il n'existe aucun droit à des prestations d'indemnité journalière pendant le congé sans solde. Si la personne assurée est victime d'un accident durant cette période, les jours à compter du début de l'incapacité de travail jusqu'à la reprise prévue du travail sont imputés sur le délai d'attente.

Aucune prime supplémentaire n'est due pour les prestations assurées pendant la période de congé sans solde.

3. Variantes d'assurance

3.1. Système salarial

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

3.1.1. Salaire LAA

Les prestations se calculent en fonction du salaire déclaré à elipsLife. Est réputé salaire LAA le gain assuré selon l'art. 22, OLAA jusqu'à concurrence du montant maximal fixé par la loi.

3.1.2. Salaire excédentaire

Est considérée comme excédent salaire la part du salaire dépassant le maximum LAA. Calculé par personne et par année, le montant maximal de l'excédent salaire assurable correspond à la différence entre le montant de 300 000 CHF et le salaire LAA maximal. Pour les personnes assurées qui ont souscrit volontairement une assurance-accidents, le salaire convenu à l'avance avec elipsLife sert de base au calcul des prestations d'assurance. Si un salaire annuel fixe a été convenu, celui-ci est considéré comme un gain assuré.

L'excédent salaire est déterminé conformément aux dispositions de la LAA/UVersG. Si le gain composé du salaire brut AVS et des allocations familiales locales et en vigueur dans la branche dépasse le salaire maximum tel que défini par la LAA, la part excédentaire (supérieure au salaire maximum tel que défini par la LAA) est prise en compte comme excédent salaire. En dépit de cette disposition, le salaire maximum contractuel s'applique dans tous les cas, conformément au contrat d'assurance.

3.1.3. Pluralité d'employeurs

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

3.1.4. Adaptations des salaires

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

4. Restrictions de l'étendue de la couverture

4.1. Exclusions

Sont exclus de l'assurance les accidents et les maladies professionnels:

- a) directement ou indirectement dus à des événements de guerre ou à des troubles. Cette restriction ne s'applique pas aux événements dus directement ou indirectement à des événements de guerre auxquels la personne assurée a été exposée ou à des troubles auxquels elle n'a pas participé activement, et ce alors qu'elle séjournait hors de Suisse ou du Liechtenstein. La disposition suivante demeure réservée si la personne assurée séjourne volontairement dans une région en guerre;
- b) survenant dans une région dans laquelle la personne assurée s'est rendue en dépit de la recommandation du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) de ne pas s'y rendre ou qu'elle n'a pas quittée dans les 14 jours suivant la diffusion d'une telle recommandation (www.eda.admin.ch);
- c) découlant de tremblements de terre en Suisse et au Liechtenstein;
- d) découlant de dangers extraordinaires. Sont considérés comme tels:
 - le service militaire à l'étranger,
 - la participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme ou de banditisme,
 - les suites de désordres de tout genre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'y a pas participé activement aux côtés des auteurs de troubles ni en tant qu'instigateur,
 - la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que l'assuré ait été blessé par les protagonistes alors qu'il ne prenait aucune part à la rixe ou à la bagarre ou qu'il venait en aide à une personne sans défense,
 - les dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
- e) en cas de perpétration intentionnelle d'un crime ou d'un délit ou de leur tentative; si la personne assurée décède des suites de l'accident, elipsLife renonce à l'exclusion des prestations des rentes de survivants dans le cadre du salaire excédentaire;
- f) consécutifs à une exposition à des rayons ionisants et à des dommages causés par l'énergie nucléaire, à moins que le traitement par rayons n'ait été prescrit par un médecin;
- g) lorsque l'assuré présente un taux d'alcoolémie de 1,8‰ ou plus, à moins qu'il n'existe manifestement aucune relation de cause à effet entre l'état d'ébriété et l'accident;
- h) à la suite d'actes téméraires (un acte téméraire est un acte par lequel la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de précautions ou sans pouvoir en prendre pour ramener le risque à des proportions raisonnables); une telle exclusion n'est pas applicable aux cas dans lesquels le risque spécial est assuré;
- i) à la suite d'un suicide, d'une auto-mutilation ou de tentatives en ce sens; toutefois, la personne assurée est couverte lorsque, à l'époque de l'acte, elle était dans l'incapacité totale d'agir raisonnablement sans faute de sa part, ou lorsque le suicide, la tentative de suicide ou l'auto-mutilation est clairement la conséquence d'un accident assuré;
- j) découlant de l'absorption ou de l'injection de médicaments, de drogues, de méthadone et de produits chimiques, qui n'ont pas été prescrits par un médecin;
- k) lors de voyages aériens si l'assuré enfreint intentionnellement les prescriptions des autorités ou n'est pas en possession des licences et autorisations officielles.

4.2. Réductions

4.2.1. Négligence grave

elipsLife renonce à son droit de réduire les prestations de l'assurance complémentaire lorsqu'un accident assuré a été provoqué par une négligence grave. Les exclusions prévues au point 4.1 des CGA demeurent réservées.

4.2.2. Pluralité d'assureurs

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

4.2.3. Prestations de tiers

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

4.2.4. Facteurs étrangers à l'accident

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

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

4.2.5. Inobservation des obligations en cas de sinistre

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

4.2.6. Disproportion entre revenu effectif et gain assuré

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

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

4.3. Décès provoqué par un ayant droit

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

5. Début et fin de la couverture d'assurance

5.1. Début de la couverture d'assurance

Le début de la couverture d'assurance de chaque travailleur est déterminé d'après les dispositions de la LAA, au plus tôt toutefois le jour de début de l'assurance indiqué dans la police d'assurance. Ne sont pas assurés les accidents ou les conséquences d'un accident qui existaient déjà au début de l'activité.

5.2. Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance expire pour chaque assuré:

- a) lorsqu'il quitte l'entreprise assurée (également en cas de chômage ou de conclusion éventuelle d'une assurance dite par convention spéciale) ou
- b) à l'extinction de la police d'assurance,
- c) en cas d'interruption volontaire du travail sans droit au salaire, à l'exception des interruptions de travail suite à une maladie, un accident, une grossesse ou en cas de service dans l'armée suisse ou dans la protection civile.

Après la fin de la couverture d'assurance, une prolongation de la couverture du risque analogue à celle de l'art. 3 LAA ou de l'art. 3 UVersG est accordée aux preneurs d'assurance domiciliés au Liechtenstein. Si la personne assurée change d'emploi avant cela, la couverture d'assurance prend fin déjà lors du début du nouvel emploi. Pour les employés à temps partiel qui sont assurés uniquement pour les accidents professionnels, la couverture d'assurance prend fin le dernier jour de travail.

5.3. Passage dans l'assurance individuelle

5.3.1. Droit de passage

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

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

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

5.3.2. Exclusion du droit de passage

Aucun droit de passage n'est accordé:

- a) lorsque la personne assurée change d'emploi et passe dans l'assurance de son nouvel employeur,
- b) lorsque ce contrat s'éteint et qu'il est maintenu auprès d'un autre assureur pour le même cercle de personnes,
- c) en cas de départ anticipé ou normal de la personne assurée à la retraite,
- d) en cas d'acceptation seulement provisoire de la couverture,
- e) en cas d'expiration de la durée maximale des prestations en vertu de la présente assurance,
- f) pour les indépendants et les membres de leur famille travaillant dans l'entreprise et ne cotisant pas à l'AVS,
- g) au début d'une activité lucrative indépendante,
- h) lorsque la personne assurée n'est pas domiciliée en Suisse ou au Liechtenstein,
- i) aux personnes titulaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée de trois mois ou moins,
- j) en cas de tentative de fraude ou de fraude avérée à l'assurance par la personne assurée ou de manquement à son obligation de dénoncer.

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

6.1. Début du contrat

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

6.2. Durée du contrat

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

6.3. Annulation du contrat

6.3.1. Résiliation à l'échéance

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

La résiliation est possible au plus tôt à la date d'échéance mentionnée sur la police d'assurance et au plus tard à la fin de la troisième année civile ou de chaque année civile suivante.

6.3.2. Expiration du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance prend fin avec effet immédiat:

- a) dès que le preneur d'assurance cesse son activité;
- b) dès que le preneur d'assurance transfère son siège social à l'étranger;

6.3.3. Renonciation au droit de résiliation en cas de sinistre

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

7. Primes

7.1. Calcul des primes

Sont déterminants pour le calcul des primes:

- a) pour l'assurance dans le cadre des salaires LAA: le salaire soumis aux primes de l'assurance LAA jusqu'à concurrence du montant maximal fixé par la loi;
- b) pour l'assurance dans le cadre de l'excédent salaires: la part du salaire dépassant le montant maximal légal en vertu de la LAA jusqu'au salaire maximal convenu au contrat, par personne et par an;
- c) pour les assurés avec un salaire annuel fixe: le gain assuré convenu à l'avance;
- d) pour les assurés qui ont adhéré à titre facultatif à la LAA: le salaire convenu à l'avance.

7.2. Prime anticipée

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

7.3. Décompte de primes et consultation

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

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

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

7.4. Paiement des primes et échéance

Le preneur d'assurance doit s'acquitter des primes de manière anticipée au plus tard à la date d'échéance fixée. Un complément de prime découlant d'un décompte de la prime doit être acquitté dans les 30 jours qui suivent celui où elipsLife a invité le preneur d'assurance à en payer le montant. Tout remboursement de prime sera versé au preneur d'assurance par elipsLife dans le même délai à compter du moment où le montant définitif de la prime aura été déterminé.

7.5. Retard de paiement

Si la prime n'est pas réglée dans le délai convenu, elipsLife somme le débiteur par écrit (ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte) de s'acquitter des primes en souffrance, augmentées de frais de rappel de 50 CHF, dans un délai de 14 jours (pour la Suisse) ou de quatre semaines (pour le Liechtenstein). Le rappel signale au preneur d'assurance les conséquences induites par l'inobservation de l'obligation de payer les primes. Si, en dépit du rappel, la prime en souffrance n'est pas acquittée à l'échéance du délai de sommation, l'obligation de fournir des prestations est suspendue dès l'expiration du délai de sommation, et ce, jusqu'au paiement intégral des primes en souffrance, intérêts compris.

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

7.6. Adaptation des primes

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

7.7. Participation aux excédents

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

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

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

Aucune participation aux excédents n'est octroyée sur les prestations versées sous forme de rente.

8. Droits et obligations en cas de sinistre

8.1. Obligations en cas de sinistre

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

- a) la personne assurée ou le preneur d'assurance doit en aviser sans délai elipsLife au moyen du formulaire mis à disposition. En même temps que la déclaration, l'attestation médicale du degré et de la durée de l'incapacité de travail doit être remise à elipsLife. En cas de retard de la déclaration sans raison valable, elipsLife n'accorde de prestations qu'à partir du jour de réception de l'avis. Toute diminution du degré de l'incapacité de travail doit être annoncée sans délai à elipsLife. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, la personne assurée est tenue de remettre toutes les quatre semaines un nouveau certificat médical attestant son incapacité de travail, Un décès doit être annoncé dans les cinq jours;
- b) l'assuré devra suivre le traitement médical approprié le plus rapidement possible et observer les prescriptions du médecin; Il faut impérativement suivre les prescriptions du médecin;
- c) la personne assurée doit se soumettre, à la demande d'elipsLife, à des examens médicaux réalisés par des médecins mandatés par elipsLife. Les frais alors entraînés sont à la charge d'elipsLife;
- d) la personne assurée est tenue d'annoncer à l'instance compétente un éventuel droit aux prestations selon la LAA, la LAI ou la LAPG, même si celui-ci n'est pas encore clarifié;
- e) en cas d'admission de l'assuré dans un hôpital ou une clinique de réadaptation, elipsLife délivre sur demande une garantie de prise en charge dans les limites des prestations assurées. Dans ce cas, la demande de garantie de prise en charge doit être déposée avant l'admission à l'hôpital ou à la clinique de réadaptation.

8.2. Réduction du dommage

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

8.3. Obligation de renseigner

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

La personne assurée délève les médecins traitants et les autres membres du corps médical du secret médical envers elipsLife. elipsLife peut au besoin demander des renseignements auprès d'autres assureurs. La personne assurée et le preneur d'assurance renseignent spontanément elipsLife sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité. A la demande d'elipsLife, les décomptes des tiers doivent lui être remis.

Le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'obligation de renseigner soit respectée par la personne assurée. elipsLife peut, dans chaque cas, vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte et, le cas échéant, prendre les mesures de contrôle appropriées.

8.4. Echéance et paiement des prestations d'assurance

Les créances résultant du contrat d'assurance sont échues quatre semaines après le moment où elipsLife a reçu les renseignements, documents et certificats médicaux de nature à lui permettre de se convaincre de l'exactitude et de l'étendue des prétentions. Les frais de guérison sont versés en règle générale à l'assuré, mais ils peuvent également être versés directement au fournisseur de prestations (médecins, hôpitaux, établissements de cure, etc.). L'ayant droit est la personne assurée, à l'exception de la somme due en cas de décès selon les dispositions relatives au cas de décès (cf. point 2.6). Les dispositions relatives au versement à la personne assurée et au preneur d'assurance selon les points 8.4.1 et 8.4.2 demeurent réservées.

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

8.4.1. Versement à la personne assurée

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

8.4.2. Versement au preneur d'assurance

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

8.5. Droit de recours

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

9. Données des clients et protection des données

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Dispositions finales

10.1. Compensation

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

10.2. Cession et mise en gage

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

10.3. Validité territoriale

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

10.4. Communications

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

10.5. For

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

10.6. Obligation d'informer du preneur d'assurance

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

10.7. Communications obligatoires du preneur d'assurance

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

10.8. Langue officielle

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

11. Glossaire

11.1. Liste des abréviations utilisées

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (code civil liechtensteinois)
AC	Assurance-chômage
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance-militaire fédérale
Assurance par convention	Prolongation de la couverture des accidents non professionnels selon la LAA
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CGA	Conditions générales d'assurance
CO	Code des obligations
CP	Conditions particulières
DFAE	Département fédéral des affaires étrangères
EEE	Espace économique européen
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAAC	Assurance-accidents complémentaire
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LAPG	Loi sur les allocations pour perte de gain
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LI	Liechtenstein
LPD	Loi sur la protection des données
OAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents
UVersG	Unfallversicherungsgesetz (loi liechtensteinoise sur l'assurance-accidents)
UVersV	Unfallversicherungsverordnung (ordonnance liechtensteinoise sur l'assurance-accidents)
VersVG	Versicherungsvertragsgesetz (loi liechtensteinoise sur le contrat d'assurance)