

Edition 2006

Conditions générales d'assurance (CGA) pour l'assurance-accidents complémentaire selon la LAA Helsana Business Accident

Sommaire

Bases

- 1 Bases du contrat
- 2 Personnes assurées
- 3 Validité territoriale
- 4 Objet de l'assurance

Prestations d'assurance

- 5 Frais de guérison
- 6 Indemnité journalière d'hospitalisation
- 7 Indemnité journalière
- 8 Invalidité
- 9 Décès
- 10 Risque spécial
- 11 Calcul des prestations
- 12 Rechutes et séquelles tardives
- 13 Circonstances étrangères à l'accident,
imputation sur les prestations de la
responsabilité civile
- 14 Réduction et refus des prestations d'assurance

Dispositions générales

- 15 Début et fin de l'assurance
- 16 Résiliation
- 17 Restitution de la prime
- 18 Déclaration des sommes salariales
- 19 Modification du tarif des primes
- 20 Modification du taux de prime
- 21 Assurance avec participation aux excédents
- 22 Passage dans l'assurance individuelle
- 23 Déclaration de l'accident
Déclaration tardive de l'accident
Paiement de prestations arriérées et
demande de restitution
Personnes exerçant une activité dans
le domaine médical et établissements hospitaliers
- 24 Communications
- 25 For

Afin de faciliter la lecture, nous avons opté dans ce texte pour la forme au masculin. Il va de soi que les termes désignant les personnes se réfèrent aux deux sexes.

Bases

1 Bases du contrat

Le contrat est régi par:

- a) la police et les éventuels avenants afférents;
- b) les déclarations du preneur d'assurance resp. de la personne assurée mentionnées dans la proposition d'assurance et les éventuelles déclarations de santé;
- c) les présentes Conditions générales d'assurance (CGA);
- d) les éventuelles Conditions supplémentaires d'assurance (CSA);
- e) la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA);
- f) les conventions ou accords particuliers dans la mesure où l'assureur les a confirmés dans la police en tant que Conditions particulières d'assurance (CPA);
- g) lorsque les CGA mentionnent la LAA, on entend par là la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) et ses ordonnances.

2 Personnes assurées

- a) Sont assurées toutes les personnes soumises à la LAA, à savoir
 - les travailleurs qui lui sont soumis à titre obligatoire;
 - les personnes qui y ont adhéré à titre facultatif.
- b) Le preneur d'assurance peut, par convention, restreindre l'assurance à certaines catégories de personnes, lesquelles doivent être expressément mentionnées dans la police.
- c) Les personnes qui ont adhéré à la LAA à titre facultatif doivent également être désignées nominalement dans l'assurance complémentaire.

3 Validité territoriale

Ce sont les dispositions de la LAA qui s'appliquent.

4 Objet de l'assurance

L'assurance s'étend aux accidents professionnels, aux accidents non professionnels et aux maladies professionnelles selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), qui surviennent (accidents professionnels et non professionnels) ou sont causées (maladies professionnelles) pendant la validité de la présente assurance complémentaire. Pour les employés travaillant à temps partiel qui, en raison de leur temps de travail dans l'entreprise assurée, ne sont couverts par l'assurance-accidents obligatoire que pour les accidents et maladies professionnels, la couverture de la présente assurance complémentaire est également limitée aux accidents et maladies professionnels. Pour ces personnes, les accidents survenant sur le trajet entre le lieu de domicile et le lieu de travail sont réputés accidents professionnels. Sont également assurés les accidents qui se produisent durant le service militaire et pendant le service de protection civile en Suisse, en temps de paix. De tels accidents sont considérés comme accidents non professionnels.

Prestations d'assurance

Dans la mesure où les prestations d'assurance sont mentionnées dans la police, les dispositions suivantes sont applicables:

5 Frais de guérison

- 5.1 Tant que des prestations pour soins sont versées et que des frais sont remboursés en vertu de l'assurance accidents selon la LAA ou de l'assurance militaire fédérale, l'assureur prend à sa charge les frais suivants, dans la mesure où ils dépassent les prestations prévues par la loi (assurance complémentaire):
 - a) les frais nécessaires de traitements médicaux effectués ou prescrits par du personnel médical au sens de la LAA, ainsi que les frais d'hôpital en division demi-privée ou privée et les frais occasionnés par le traitement, le séjour et la pension en cas de cures prescrites par un médecin et suivies dans un établissement spécialisé, avec l'assentiment de l'assureur;
 - b) pendant la durée des traitements mentionnés au cfr. 5.1 a) CGA, les frais de soins prodigués par du personnel infirmier diplômé ou mis à sa disposition par une institution officielle ou privée, ainsi que les frais de location d'appareils pour malades;
 - c) les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens orthopédiques auxiliaires et ceux de leur réparation ou de leur remplacement (à la valeur à neuf) s'ils ont été endommagés ou détruits à la suite d'un événement ayant entraîné les traitements mentionnés au cfr. 5.1 a) CGA;
 - d) les frais de transport de la personne assurée occasionnés par l'accident, pour autant qu'ils aient un rapport avec le traitement prescrit; les frais de transport aérien ne sont toutefois assurés que jusqu'à l'hôpital le plus proche susceptible de procéder au traitement et pour autant qu'ils soient indispensables pour des raisons médicales ou techniques; les transports effectués avec des moyens de transport non publics (taxi ou véhicule assimilé) ne sont remboursés que si l'utilisation des transports publics (chemin de fer, tram, autobus, etc.) ne peut être exigée de la personne assurée;
 - e) les frais occasionnés par
 - les mesures prises pour retrouver le corps, lorsque le décès est la suite d'un accident assuré;
 - la recherche et le sauvetage de la personne assurée, jusqu'à concurrence de CHF 20 000.– au maximum.
- 5.2 De plus, l'assureur prend à sa charge les frais de nettoyage, de réparation ou de remplacement (à la valeur à neuf) des vêtements de la personne assurée endommagés lors d'un accident donnant droit à indemnisation, ainsi que les frais de nettoyage de véhicules ou d'autres objets appartenant à des particuliers qui ont participé au sauvetage et au transport du blessé, jusqu'à concurrence de CHF 2000.– au maximum par accident.

- 5.3 D'autre part, en cas de séjour dans un établissement hospitalier, l'assureur rembourse la contribution aux frais d'entretien que la personne assurée doit verser en vertu de l'assurance accidents selon la LAA ou en vertu de l'assurance militaire fédérale.
- 5.4 L'assureur accorde une garantie de prise en charge des coûts au moment de l'admission à l'hôpital. Dans la mesure où l'assureur n'est pas tenu aux prestations ou que son obligation aux prestations est inférieure au montant garanti dans le cadre de la garantie de prise en charge des coûts, la personne assurée s'engage à rembourser à l'assureur la différence dans un délai d'un mois.
- 5.5 Les frais de guérison ne sont pas remboursés sur la base de ce contrat s'ils ont été payés par un tiers responsable civilement ou par son assureur. Si l'assureur est appelé à répondre en lieu et place du responsable, la personne assurée est tenue de lui céder ses droits, jusqu'à concurrence du montant qu'il a payé. Lorsque la part de frais de guérison dépassant les prestations légales est garantie par plusieurs assurances auprès d'assureurs concessionnaires, cette part n'est payée en totalité qu'une fois. L'assureur n'intervient que dans la proportion existant entre les prestations assurées par lui et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.

6 Indemnité journalière d'hospitalisation

L'assureur verse l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue pendant la durée nécessaire de l'hospitalisation, mais au maximum tant que sont payées des prestations à ce titre en vertu de l'assurance accidents selon la LAA ou de l'assurance militaire fédérale. L'assureur paie en outre l'indemnité journalière d'hospitalisation pendant la durée des cures prescrites par un médecin et suivies dans un établissement spécialisé avec l'assentiment de l'assureur. Si la personne assurée est soignée à domicile, les frais effectifs supplémentaires pour la tenue du ménage par une personne qui ne vivait pas sous le même toit que la personne assurée avant l'accident sont également assurés. L'assureur ne rembourse toutefois que la moitié au maximum de l'indemnité journalière d'hospitalisation assurée, et cela tant qu'existe un droit à l'indemnité journalière selon la LAA, l'assurance militaire fédérale ou l'assurance invalidité fédérale.

7 Indemnité journalière

- 7.1 Dans le cas d'une totale incapacité de travail temporaire constatée par le médecin, l'assureur verse pour chaque jour de l'année l'indemnité convenue, pour autant que la personne assurée ait droit à une indemnité journalière en vertu de l'assurance accidents selon la LAA, de l'assurance militaire fédérale ou de l'assurance invalidité fédérale. En cas d'incapacité de travail partielle, l'indemnité journalière est réduite d'un montant correspondant au degré de la capacité de travail. Il n'est pas versé de prestations pour le jour de l'accident. Si un délai d'attente a été convenu, il commence à courir le jour où l'incapacité de travail a été constatée par le médecin, au plus tôt cependant le lendemain de l'accident. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail totale ou partielle sont comptés comme des jours pleins.
- 7.2 Dans la mesure où un tiers responsable ou son assureur ont déjà versé des prestations pour perte de gain, l'assureur ne paie que la part de salaire restante s'il s'agit d'une assurance d'après le système des salaires, et jusqu'à concurrence des prestations assurées par ce contrat, au maximum. Si l'assureur est appelé à répondre en lieu et place du responsable, la personne assurée est tenue de lui céder ses droits jusqu'à concurrence du montant qu'il a payé. Si l'indemnisation versée par les assurances sociales concernées couvre la totalité de la perte de gain, le droit à des prestations de la part de l'assureur s'éteint. L'indemnité journalière est réduite dans la mesure où, en s'additionnant aux prestations d'assurance sociale analogues, elle dépasse la perte de revenu présumée. La perte de revenu présumée correspond au revenu que la personne assurée aurait obtenu si elle n'avait pas été victime d'un accident. Par ailleurs, les dispositions de la LAA sont applicables. Lorsque l'indemnité journalière est garantie par plusieurs assurances conclues auprès d'assureurs concessionnaires, d'après le système des salaires, la perte de salaire totale n'est indemnisée qu'une fois. L'assureur n'intervient que dans la proportion existant entre les prestations assurées par lui et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.

8 Invalidité

8.1 Capital invalidité

- a) Si une invalidité présumée permanente touche une personne assurée à la suite d'un accident, l'assureur verse le capital invalidité convenue. La question de savoir s'il y a perte de gain et dans quelle mesure est ici sans importance. Le capital invalidité est déterminé par le taux d'invalidité, la somme d'assurance convenue et la variante de prestations choisie.
- b) Degré d'invalidité
Pour la détermination du degré d'invalidité, ce sont les dispositions de la LAA régissant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui sont applicables. En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou d'un organe, le taux d'invalidité est réduit proportionnellement. Lorsque plusieurs membres ou organes sont atteints simultanément, le taux d'invalidité, qui peut atteindre au maximum 100%, s'obtient par l'addition des pourcentages de chacune des pertes.

c) Variantes de prestations

Selon la variante de prestations convenue (A, B ou C), le capital invalidité est calculé comme suit:

	Variante A	Variante B	Variante C
pour la part du degré d'invalidité n'excédant pas 25%:	sur la somme assurée simple	sur la somme assurée simple	sur la somme assurée simple
pour la part du degré d'invalidité supérieure à 25% mais n'excédant pas 50%:	sur le double de la somme assurée	sur le triple de la somme assurée	sur la somme assurée simple
pour la part du degré d'invalidité excédant 50%:	sur le triple de la somme assurée	sur le quintuple de la somme assurée	sur la somme assurée simple

L'indemnité d'invalidité est donc calculée en pourcentage de la somme d'assurance convenue, comme suit:

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

8.2 Rente d'invalidité dans le cadre des salaires excédentaires

- En cas d'invalidité totale, l'assureur verse la rente d'invalidité convenue; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est réduite en conséquence. La durée pendant laquelle cette rente d'invalidité est versée est la même que pour la rente selon la LAA.
- Au demeurant, les dispositions de la LAA sont applicables; les dispositions concernant la rente complémentaire ne le sont en revanche pas.
- S'agissant du rachat des rentes, ce sont les dispositions de la LAA qui sont applicables. L'adaptation des rentes au renchérissement intervient selon les dispositions de l'assurance-accidents obligatoire, mais elle est limitée à 10% par an au maximum.

8.3 Exigibilité

Les prestations dues sont exigibles dès que le degré d'invalidité présumé définitif est établi et que les éventuels paiements d'indemnités journalières de l'assureur LAA ont cessé.

9 Décès

9.1 Capital décès

Si la personne assurée meurt des suites d'un accident, l'assureur verse le capital décès convenu aux personnes suivantes, chacune n'étant bénéficiaire qu'à défaut des précédentes:

- le conjoint;
- les enfants; sont assimilés aux enfants, les enfants recueillis ayant droit à une rente selon l'assurance-accidents légale;
- les père et mère.

S'il n'existe aucun des survivants mentionnés ci-dessus, les frais funéraires qui ne sont pas assurés par l'assurance-accidents légale ou l'assurance militaire fédé-

rale sont remboursés jusqu'à concurrence de 10% de la somme prévue en cas de décès. Pour les personnes assurées qui n'ont pas encore atteint l'âge de 16 ans révolus au moment de l'accident, l'indemnité en cas de décès ne dépasse pas CHF 20 000.-. Les prestations d'invalidité déjà versées pour les suites du même accident sont déduites du capital décès.

9.2 Rentes de survivants dans le cas des salaires excédentaires

- a) En cas de décès, l'assureur paie selon la LAA les rentes de survivants qui ont été convenues. La durée pendant laquelle sont versées les rentes de survivants est la même que pour les rentes selon la LAA.
- b) Le conjoint divorcé n'a aucun droit à une rente de survivant, et les dispositions régissant la rente complémentaire ne sont pas applicables.
- c) S'agissant du rachat des rentes, ce sont les dispositions de la LAA qui sont applicables. L'adaptation des rentes au renchérissement intervient selon les dispositions de l'assurance-accidents obligatoire, mais elle est limitée à 10% par an au maximum.

10 Risque spécial

- a) Dans la mesure où cette clause figure dans la police, l'assureur intervient également lorsqu'il y a eu réduction ou refus de prestations en vertu de l'assurance-accidents selon la LAA ou de l'assurance militaire fédérale lors d'accidents imputables à la négligence grave, à des dangers extraordinaires ou à des entreprises téméraires (sauf si l'assuré a provoqué volontairement l'accident).
- b) Le calcul des primes est basé sur la prime pour les accidents non professionnels pour l'assurance accidents légale selon la LAA.
- c) Dans le cas où des prestations sous forme de rente sont dues, l'assureur se réserve la possibilité de s'acquitter de son obligation par le versement d'un capital. L'assureur dispose de ce droit aussi bien au début du paiement de la rente que pendant la durée de la rente.

11 Calcul des prestations

- 11.1 Assurance dans le cadre des salaires LAA:
L'indemnité journalière et l'indemnité journalière d'hospitalisation sont calculées sur la base du salaire déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière dans l'assurance accidents légale. Les sommes d'assurance pour l'invalidité et le décès sont basées sur le salaire déterminant pour le calcul des rentes dans l'assurance accidents légale.
- 11.2 Assurance dans le cadre des salaires excédentaires LAA:
 - a) Est réputé salaire excédentaire la part de salaire qui dépasse le maximum LAA.
 - b) Le dernier excédentaire avant l'accident sert de base pour le calcul des indemnités journalières. Le salaire assurable maximum par personne et par année est stipulé dans la police.
 - c) Le salaire excédentaire est calculé selon les mêmes règles que le revenu assuré dans l'assurance accidents légale et sert de base de calcul pour l'indemnité journalière, l'indemnité journalière d'hospitalisation et les sommes d'assurance en cas d'invalidité et de décès ainsi que pour la rente d'invalidité et les rentes de survivants.

- d) Lorsque le gain assuré est réalisé auprès de plusieurs employeurs, seul est pris en considération le salaire obtenu dans l'entreprise assurée.

11.3 Gain d'assurance

S'agissant des assurés qui ont adhéré, à titre facultatif, à l'assurance-accidents obligatoire, le salaire convenu à l'avance avec l'assureur constitue la base de calcul pour la détermination des prestations d'assurance. La rente d'invalidité et les rentes de survivants sont réduites dans la mesure où elles entrent en concours avec des prestations analogues de l'assurance sociale et qu'elles excèdent le gain perdu présumé. Le gain perdu présumé correspond au gain que la personne assurée réaliserait si elle n'avait pas été victime d'un d'accident.

12 Rechutes et séquelles tardives

En cas de rechutes et de séquelles tardives d'accidents antérieurs qui n'étaient pas assurés ou pour lesquels l'ancienne assurance n'a plus aucune obligation de verser des prestations, l'assureur paie, en cas d'incapacité de travail de la personne assurée, l'obligation légale du preneur d'assurance de continuer à verser le salaire, au sens de l'art. 324a du Code des obligations (CO), dans la mesure où une indemnité journalière est assurée. Le délai d'attente convenu contractuellement est imputé sur la durée des prestations. En revanche, il n'existe pas de droit aux prestations pour des prestations supplémentaires, telles que les frais de guérison, les indemnités journalières d'hospitalisation ou une indemnité d'invalidité ou de décès.

13 Circonstances étrangères à l'accident, imputation sur les prestations de la responsabilité civile

- a) Les prestations pour les frais de guérison, l'indemnité journalière d'hospitalisation et l'indemnité journalière ne sont pas réduites si les atteintes à la santé ne sont que partiellement la suite d'un accident assuré. Si l'invalidité n'est que partiellement la suite d'un accident assuré, le capital et la rente invalidité sont déterminés en fonction du taux d'invalidité effectivement provoqué par l'accident, sur la base d'une expertise médicale. Il en va de même, par analogie, pour le capital décès et les rentes de survivants.
- b) Les prestations versées en vertu de cette assurance sont réduites de celles issues de la responsabilité civile du preneur d'assurance et des autres membres de l'entreprise, au prorata de la part de prime supportée par le preneur d'assurance.

14 Réduction et refus des prestations d'assurance

Ce sont les dispositions de la LAA qui s'appliquent. Cependant, l'assureur renonce à réduire ou refuser des prestations lorsque les accidents ont été causés par faute grave ou par des entreprises téméraires.

- a) Sont exclus de l'assurance les accidents survenant
- à la suite d'événements de guerre en Suisse;
 - à la suite d'événements de guerre à l'étranger, à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours qui suivent le début de tels événements dans le pays où séjourne la personne assurée et que cette dernière y ait été surprise par la survenance de ces événements de guerre;
 - lors de tremblements de terre en Suisse;
 - lors de troubles (actes de violence contre des personnes ou des choses en cas d'attroupements, de bagarres ou d'émeutes) et suite aux mesures prises pour y remédier, à moins que la personne assurée ne puisse prouver avec vraisemblance qu'elle n'était pas active aux côtés des fauteurs de troubles ou qu'elle n'a pas fomenté ces troubles;
 - en cas de service militaire à l'étranger;
 - en cas de participation à des actes de terrorisme;
 - en cas de participation à des rixes ou bagarres;
 - les accidents survenus dans le cadre d'un délit ou d'un crime;
 - le suicide, l'automutilation ou la tentative de suicide ou d'automutilation; sauf si la personne assurée était totalement incapable de discernement sans faute de sa part au moment de l'acte ou qu'il s'agissait clairement de la conséquence d'un accident assuré.
- b) En outre, la couverture n'est pas accordée pour des atteintes à la santé dues à des radiations ionisantes de tout genre. Cependant, les atteintes à la santé dues à un traitement par rayons sur ordonnance médicale à la suite d'un accident assuré sont couvertes. Les atteintes à la santé dues aux radiations en rapport avec l'activité professionnelle au profit de l'entreprise assurée sont également couvertes pour autant que le droit à des prestations existe dans l'assurance accidents légale. Au demeurant, les dispositions de la LAA sont applicables.

Dispositions générales**15 Début et fin de l'assurance**

- a) L'assurance débute à la date indiquée dans la police ou dans une confirmation de proposition écrite de l'assureur. L'assureur a la possibilité de refuser la proposition par écrit tant que la police ou une attestation définitive de couverture n'ont pas été remises.
- b) Le contrat collectif est conclu pour la durée indiquée dans la police. Il est reconduit d'année en année à la fin de cette durée si aucune partie contractuelle n'a reçu une résiliation au moins trois mois auparavant. Si le contrat est conclu pour une durée inférieure à un an, il s'éteint à la date indiquée dans la police.
- c) Le contrat collectif prend fin:
- en cas de résiliation;
 - à l'ouverture de la faillite du preneur d'assurance;
 - en cas de transfert du siège social à l'étranger;
 - en cas de cessation de l'exploitation;
 - au moment du changement de propriétaire;
 - au plus tard à l'extinction de l'assurance LAA de l'entreprise ou de la profession assurée.

- d) Pour les personnes assurées individuellement, ce sont les dispositions de la LAA qui s'appliquent. L'assurance s'éteint au plus tard à l'extinction de l'assurance LAA de l'entreprise ou de la profession assurée.
- e) En lieu et place de l'assurance par convention, l'assureur garantit toutefois le droit de transfert dans l'assurance individuelle selon cfr. 22 CGA.

16 Résiliation

- 16.1 Le contrat peut être résilié par écrit par le preneur d'assurance ou par l'assureur la première fois à la date d'échéance mentionnée dans la police, ensuite pour la fin de chaque année d'assurance. La résiliation doit avoir lieu par écrit et doit être en la possession de l'assureur, respectivement du preneur d'assurance, au moins trois mois avant le terme. L'année d'assurance commence à la date d'échéance principale mentionnée dans la police.
- 16.2 Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat chaque fois que l'assureur octroie une indemnisation pour un nouvel accident. La résiliation doit intervenir par écrit et parvenir à l'assureur au plus tard dans les 14 jours qui suivent la prise de connaissance du dernier paiement effectué pour un accident. La couverture d'assurance s'éteint au moment où l'assureur reçoit cette communication. L'assureur renonce à ce droit de résiliation.

17 Restitution de la prime

La prime est calculée sur la base du revenu assuré selon la LAA ou sur la base de la somme d'assurance convenue contractuellement.

- 17.1 Pour autant que la prime ait été payée d'avance pour une durée d'assurance déterminée et que le contrat soit supprimé avant la fin de cette durée pour un motif prévu par la loi ou le contrat, l'assureur restitue la prime afférent à la période d'assurance qui ne s'est pas encore écoulée.
- 17.2 La prime pour l'année d'assurance en cours est cependant due dans son intégralité lorsque le contrat a été en vigueur durant moins d'une année au moment de son extinction et que le preneur d'assurance a été à l'origine de la résiliation.
- 17.3 Une période d'assurance commence avec l'échéance principale selon la police et dure une année.

18 Déclaration des sommes salariales

L'assureur ou des tiers par lui mandatés ont le droit d'examiner la comptabilité des salaires du preneur d'assurance ou d'exiger des copies de ses décomptes AVS.

19 Modification du tarif de primes

L'assureur communique la modification par écrit au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant la fin de l'année. Les preneurs d'assurance qui ne sont pas prêts à accepter ces modifications peuvent résilier les parties du contrat concernées par la modification ou l'intégralité du contrat à la fin de l'année d'assurance. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours dès réception de la communication de la modification, il y a acceptation.

20 Modification du taux de prime

- a) L'assureur peut adapter les primes en fonction de l'évolution des sinistres, pour la fin du contrat. La période d'observation correspond à l'année d'assurance courante plus les deux à quatre années d'assurance précédentes. Si la somme des prestations (y c. les provisions pour sinistres en cours) excède les primes de risque acquises, l'assureur peut adapter les taux de prime conformément aux dispositions tarifaires en vigueur.
- b) L'assureur communique les nouveaux taux de prime au preneur d'assurance au plus tard 60 jours avant l'échéance principale de la prime. Le preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec la modification de la prime peut résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. La résiliation doit être communiquée par écrit et parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Si le preneur d'assurance omet de résilier, il y a consentement tacite et le contrat est maintenu dans son étendue actuelle avec le nouveau taux de prime.

21 Assurance avec participation aux excédents

Si l'assurance est conclue avec la participation aux excédents, le preneur d'assurance reçoit, au plus tôt après trois années d'assurance complètes et au plus tard après cinq années selon la durée du contrat convenue (= période de décompte), une part de l'éventuel excédent enregistré pour son contrat. Le montant des prestations versées pour les accidents survenus durant la période de décompte est déduit de la part des primes payées figurant dans la police. Si le résultat représente un excédent, le preneur d'assurance reçoit la part mentionnée dans la police. S'il reste des accidents à régler à la fin de la période de décompte, le décompte est repoussé jusqu'à complète liquidation. Une perte éventuelle n'est pas reportée sur la période de décompte suivante. Le droit à une participation aux excédents s'éteint si le contrat est résilié avant la fin de la période de décompte.

22 Passage dans l'assurance individuelle

- 22.1 Si les rapports contractuels de travail entre la personne assurée et le preneur d'assurance cessent, ou si la police est résiliée, la personne assurée peut demander le passage dans l'assurance individuelle dans un délai de 3 mois, pour autant qu'elle soit domiciliée en Suisse. Seules peuvent être assurées les prestations qui l'étaient jusque-là et qui sont contenues dans le périmètre de l'assurance individuelle. Le risque spécial selon cfr. 10 n'est pas inclus dans ce périmètre. La poursuite de l'assurance s'effectue aux conditions et tarifs en vigueur pour l'assurance individuelle au moment du passage.
- 22.2 Au moment de la résiliation des rapports de travail, le preneur d'assurance doit informer par écrit les personnes assurées qui quittent le cercle des assurés collectifs sur leur droit de transfert dans l'assurance individuelle et le délai de 3 mois.

23 Déclaration de l'accident**Déclaration tardive de l'accident****Paiement de prestations arriérées et demande de restitution****Personnes exerçant une activité dans le domaine médical et établissements hospitaliers**

Ce sont les dispositions de la LAA qui s'appliquent.

24 Communications

- 24.1 Au preneur d'assurance:
Toutes les communications au preneur d'assurance resp. aux interlocuteurs par lui désignés sont effectuées à la dernière adresse en Suisse connue de l'assureur.
- 24.2 Aux personnes assurées:
Toutes les communications aux personnes assurées sont effectuées par le preneur d'assurance. Celui-ci est tenu d'informer toutes les personnes assurées des principaux termes du contrat.
- 24.3 A l'assureur:
Toutes les communications doivent être adressées directement à l'assureur, en allemand, français, italien ou anglais. Une traduction légalisée doit être jointe pour les documents rédigés dans d'autres langues.
- 24.4 Lorsqu'un preneur d'assurance modifie son domicile commercial, ses interlocuteurs compétents, le genre de l'entreprise ou si les rapports de propriété de l'entreprise changent, il doit en informer immédiatement l'assureur par écrit.
- 24.5 Le preneur d'assurance a l'obligation d'annoncer à l'assureur sans retard et par écrit une éventuelle extinction de l'assurance obligatoire ou facultative selon la LAA.

25 For

Pour toutes les actions au sujet du présent contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, soit ceux du lieu de travail de l'ayant droit, soit ceux du siège principal d'Helsana Accidents SA.