



Zurich, en janvier 2022

Informations sur les produits et à la clientèle

**Ce que vous devez savoir sur votre assurance collective
d'indemnité journalière en cas de maladie**



Informations pratiques et juridiques selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

L'information sur les produits doit vous aider à vous retrouver dans vos documents contractuels d'assurance. Votre contrat d'assurance et les conditions générales d'assurance (ci-après CGA) déterminent le contenu et l'étendue des droits et obligations réciproques. Votre contrat d'assurance est soumis au droit suisse, en particulier à la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Votre partenaire contractuel : qui est l'assureur ?

L'assureur est la Coopérative d'assurance des métiers (ci-après « Assurance des métiers »), une société coopérative de droit suisse, dont le siège statutaire est à Sihlquai 255, 8031 Zurich.

Vous nous trouverez sur Internet sous le lien suivant : www.branchenversicherung.ch/fr.

Preneur d'assurance et personnes assurées

Le preneur d'assurance est une personne physique ou morale qui recherche une couverture d'assurance pour elle-même et/ou pour d'autres personnes puis qui conclut un contrat d'assurance à cet effet. Le preneur d'assurance est le partenaire contractuel de l'Assurance des métiers.

Les personnes assurées sont les employés désignées dans le contrat d'assurance. Les travailleurs indépendants, les membres de la famille et les associés de sociétés de personnes (par exemple les sociétés en nom collectif, etc.) sont uniquement assurés s'ils sont mentionnés nommément dans le contrat d'assurance et s'ils sont assurés pour une somme fixe.

Le preneur d'assurance ainsi que la personne assurée et/ou le cercle de personnes assurées résultent de la proposition / de l'offre, de la police et des CGA.

Quels sont les risques assurés et quelles prestations l'assurance couvre-t-elle ?

L'Assurance des métiers octroie une couverture d'assurance contre les conséquences économiques de maladie, accident ou maternité. Les risques assurés ainsi que l'étendue de la couverture d'assurance découlent de la proposition / de l'offre ou de la police ainsi que des CGA.

L'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie est considérée comme une assurance contre les dommages et devient une assurance de sommes lorsqu'un salaire assuré fixe est convenu. La couverture d'assurance composée par le preneur d'assurance et les informations individuelles qu'il a fournies, telles que la somme fixe convenue, sont consignées dans la proposition / l'offre ainsi que dans la police.

Quel est le montant de la prime et comment est-elle calculée ?

Le montant de la prime dépend des risques assurés et de la couverture souhaitée. Toutes les informations sur la prime et les éventuels frais figurent dans la proposition / l'offre, la police, et les CGA.

La prime des assurés pour lesquels une somme fixe a été convenue doit être payée d'avance (pas de déclaration de salaire). La prime des autres salariés assurés est fixée annuellement à titre provisoire et doit être payée d'avance. Le décompte définitif des primes est établi après la fin de l'année d'assurance sur la base des salaires AVS à déclarer. L'Assurance des métiers a le droit de vérifier les données salariales.

Champ d'application temporel et territorial

À l'expiration du délai d'attente contractuel, l'Assurance des métiers verse des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie, d'accident ou de maternité, survenue pendant la durée du contrat. Les risques assurés ainsi que l'étendue de la couverture d'assurance découlent de la proposition / de l'offre ou de la police ainsi que des CGA.

Demeurent réservées les incapacités de travail dues à un handicap préexistant au début du contrat ou à l'entrée en service ainsi que celles des personnes ayant atteint l'âge de la retraite.



Retard de paiement et conséquences des sommations

Si la prime n'est pas payée après la sommation légale, l'Assurance des métiers accorde un délai supplémentaire de 14 jours. Passé ce délai et en l'absence persistante du paiement intégral de la prime, la couverture d'assurance est suspendue (suspension de la couverture).

La remise en vigueur du contrat d'assurance intervient avec le paiement intégral des primes dues, y compris tous les intérêts et frais, et dépend de la date de réception du paiement. Le preneur d'assurance ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance rétroactive pour la durée de la suspension.

Le contrat d'assurance s'éteint 2 mois après le délai supplémentaire de 14 jours fixé dans la sommation, à moins que l'Assurance des métiers ne réclame juridiquement la prime due (poursuite selon la LP).

Début du contrat d'assurance et de la protection

Le contrat prend effet à la date indiquée dans le contrat d'assurance. La couverture d'assurance pour chaque employé prend effet le jour de l'entrée en service (par analogie à la LAA), mais au plus tôt au début du contrat d'assurance. Les titulaires d'une raison individuelle, les associés de sociétés de personnes ainsi que les membres de la famille bénéficient d'une couverture d'assurance à la date fixée pour eux dans le contrat d'assurance.

Si une attestation d'assurance ou une confirmation de couverture provisoire a été délivrée, l'Assurance des métiers octroie, jusqu'à l'envoi de la police, une couverture d'assurance dans les limites prévues par l'attestation écrite de couverture provisoire et par la loi alors en vigueur.

Fin du contrat d'assurance et de la protection

Le contrat d'assurance prend fin par une résiliation ainsi que pour les motifs prévus par la loi ou le contrat.

Partie qui résilie	Motif de la résiliation	Délai ou date de résiliation	Date de l'extinction
Les deux parties	Résiliation ordinaire après écoulement de 3 années d'assurance	3 mois	Fin de la 3e année d'assurance
	Résiliation pour la fin de la durée convenue dans le contrat d'assurance	3 mois	À l'expiration du contrat
	Cas de prestation assuré pour lequel une prestation a été demandée	Au plus tard lors du paiement de la prestation	14 jours après réception de la résiliation
Preneur d'assurance	Augmentation de la prime	Avant l'expiration de l'année d'assurance	Date d'entrée en vigueur de la modification
	Violation du devoir d'information précontractuel selon l'art. 3 LCA	4 semaines à compter de la connaissance de la violation, au plus tard 2 ans à compter de la conclusion du contrat	Réception de la résiliation
	Réduction significative du risque	-	4 semaines à compter de la réception de la résiliation
	Assurance double ou multiple	4 semaines à compter de la connaissance	Réception de la résiliation
Assureur	Violation du devoir de déclaration obligatoire précontractuel	4 semaines à compter de la connaissance de la fausse déclaration	Réception de la résiliation
	Escroquerie à l'assurance	-	Réception de la résiliation

À l'expiration de la durée contractuelle convenue, le contrat d'assurance se prolonge tacitement pour une année supplémentaire, à moins qu'une des parties

n'ait reçu une résiliation au plus tard 3 mois au préalable.



La couverture d'assurance s'éteint en principe à la fin du contrat collectif ou à la sortie du cercle des personnes assurées. Des informations détaillées figurent dans la proposition / l'offre, la police et les CGA.

Fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations prend fin pour chaque assuré :

- par la suspension de la couverture d'assurance suite à des primes impayées ;
- en cas d'épuisement du droit aux prestations maximal ;
- au plus tard à la fin du mois au cours duquel il a atteint 70 ans ;
- par la résiliation de la police, sous réserve que le cas en cours ne soit pas repris par un autre assureur.

Cette liste ne contient que les principaux motifs. D'autres motifs justifiant la fin du droit aux prestations figurent dans la proposition / l'offre, la police et les CGA. Le passage à l'assurance individuelle d'indemnité journalière en cas de maladie est possible (libre passage).

Obligations du preneur d'assurance / des assurés et conséquences d'une violation des obligations

Si le dommage est causé par négligence, l'Assurance des métiers fournit les prestations dans leur intégralité. Demeurent réservés les listes non exhaustives figurant ci-dessous.

Le **preneur d'assurance** est tenu :

- de répondre aux questions figurant dans la proposition de manière complète et conforme à la vérité ;
- de déclarer immédiatement à l'Assurance des métiers tout changement dans les faits déclarés dans la proposition et importants pour l'évaluation des risques, qui surviennent pendant la durée du contrat d'assurance ;

- d'informer, en tant qu'employeur, les personnes assurées au moyen d'une notice (annexée à la police) des principaux éléments du contrat d'assurance, de ses modifications et de sa résiliation ainsi que de la possibilité de poursuivre le contrat après la fin des rapports de travail ;
- de payer la prime à l'échéance ;
- de déclarer tout cas de prestation assuré survenu, 5 jours après l'expiration du délai d'attente convenu, mais au plus tard après 30 jours d'incapacité de travail ininterrompue.

Le preneur d'assurance est tenu de renseigner les personnes assurées des principaux éléments du présent contrat ainsi que de ses modifications et de sa résiliation (art. 3, al. 3 LCA). L'Assurance des métiers met à cet effet des documents à disposition.

Si le preneur d'assurance viole de manière fautive les obligations qui lui incombent, l'Assurance des métiers peut résilier le contrat d'assurance. Si la violation fautive des obligations influe sur la survenance ou l'étendue du cas de prestation, l'Assurance des métiers peut réduire ou refuser ses prestations.

La **personne assurée** est tenue :

- de déclarer son droit aux prestations à l'AI, sur ordre de l'Assurance des métiers et dans le délai imparti par cette dernière ;
- de fournir tous les documents nécessaires à l'appréciation du droit aux prestations ;
- de coopérer avec l'assureur et les autres institutions d'assurances sociales ;
- de faire tout son possible pour réduire le dommage ;
- d'adapter son activité antérieure ou d'exercer une autre activité que l'on peut raisonnablement exiger d'elle ;
- de répondre de manière complète et conforme à la vérité aux éventuelles questions de santé posées.



Les prestations d'assurance peuvent être réduites ou refusées dans les cas suivants :

- lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré ne remplit pas ses obligations ;
- en cas de fraude à l'assurance ou de tentative de fraude ;
- en cas de défaut de paiement de la prime par le preneur d'assurance.

Cette liste ne contient que les réductions ou refus de prestations les plus importants. D'autres cas figurent dans la proposition / l'offre, la police et les CGA.

Toute maladie susceptible de donner droit à des prestations d'assurance nécessite la consultation immédiate d'un médecin. La personne assurée est tenue de suivre les instructions du médecin et du personnel soignant éventuellement impliqué et d'obtenir un certificat médical précisant toute limitation due à la maladie. Si l'Assurance des métiers a besoin d'autres documents ou informations d'ordre médical, elle s'adressera au médecin traitant ou chargera un autre médecin de procéder à un examen. Il convient de faire tout ce qui peut servir à évaluer le cas de prestation et ses conséquences et, si nécessaire, de délier également le médecin traitant du secret médical.

Protection et traitement des données

Afin de garantir une exécution efficace et correcte du contrat, l'Assurance des métiers est tributaire du traitement des données. La législation applicable en matière de protection des données est strictement respectée. L'Assurance des métiers traite les données du preneur d'assurance pertinentes pour la conclusion et l'exécution du contrat ainsi que pour les sinistres (p. ex. données personnelles, coordonnées, informations relatives à l'assurance précédente et aux sinistres antérieurs). Il s'agit en premier lieu de traiter les données fournies par le preneur d'assurance dans la proposition d'assurance et, ultérieurement, les informations complémentaires éventuellement contenues dans la déclaration du cas de prestation. Le cas échéant, l'Assurance des métiers obtient également des données personnelles de tiers, dans la mesure où celles-ci sont nécessaires à la conclusion du contrat (p. ex. services officiels, assureurs précédents, autres institutions).

L'Assurance des métiers ne traite les données du preneur d'assurance et des personnes assurées qu'aux fins indiquées par elle au preneur d'assurance lors de leur collecte ou à celles auxquelles elle est légalement tenue ou autorisée de le faire. L'Assurance des métiers traite les données du preneur d'assurance en premier lieu pour la conclusion du contrat et l'évaluation du risque à assumer ainsi que pour la gestion ultérieure du contrat et des sinistres. Elle les traite en outre en vue de l'exécution d'obligations légales (p. ex. exigences prudentielles).

Vous trouverez de plus amples informations sur la protection des données sous le lien suivant : www.branchenversicherung.ch/fr/protection-des-donnees/.

Assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie

Conditions générales d'assurance (CGA)
Edition janvier 2022

**Nous vous
conseillons
volontiers dans
votre demande.**

**Appelez-nous au
044 267 61 61**

Votre partenaire contractuel

Le partenaire contractuel est la Coopérative d'assurance des métiers (après Assurance des métiers), Sihlquai 255, case postale, 8031 Zurich.

En ligne vous nous trouver sous : www.assurancedesmetiers.ch

Sommaire

Votre partenaire contractuel	2
Chose assurée	5
Art. 1 Personnes assurées	5
Art. 2 Événements assurés	5
Art. 3 Gain assuré / Calcul de l'indemnité journalière	5
Etendue de la garantie	5
Art. 4 Maladie	5
Art. 5 Accident	6
Art. 6 Incapacité de travail	6
Art. 7 Accouchement	6
Art. 8 Médecin	6
Art. 9 Chiropraticien	6
Début/Fin de l'assurance	6
Art. 10 Début et durée de l'assurance	6
Art. 11 Début de la couverture d'assurance	7
Art. 12 Fin de l'assurance et de la couverture d'assurance	7
Etendue de la garantie	8
Art. 13 Prestations	8
Art. 14 Durée des prestations	8
Art. 15 Hauteur des prestations	8
Art. 16 Délai d'attente	8
Art. 17 Prestations en cas de chômage	9
Art. 18 Prestations pendant un congé non payé	9
Art. 19 Prestations pendant un séjour à l'étranger	9
Art. 20 Grossesse et accouchement	9
20.1 Prestations avant l'accouchement	9
20.2 Prestations après l'accouchement	10
Art. 21 Salaire en cas de décès	10
21.1 Salaire assuré / Calcul de l'indemnité journalière	10
Art. 22 Impôt à la source	11
Exclusions et limitations des prestations	11
Art. 23 Exclusions	11
Art. 24 Libre passage en cas d'incapacité de travail	11
Art. 25 Versement ultérieur du salaire	11
Art. 26 Rechute	12
Art. 27 Surindemnisation	12
Art. 28 Restitution et avances sur les prestations	12
Art. 29 Réduction des prestations	13
Art. 30 Faute grave en cas de maladie	13

Devoir de limitation des prestations	13
Art. 31 Obligation en cas de sinistre	13
31.1 Preuves du droit aux prestations après le décès	14
Passage dans l'assurance individuelle	14
Art. 32 Devoir d'information de l'employeur	14
Art. 33 Passage dans l'assurance individuelle	15
33.1 Restriction du libre passage	15
Dispositions générales	15
Art. 34 Calcul des primes	15
Art. 35 Primes	16
35.1 Retard dans le paiement de la prime	16
35.2 Événements assurés survenant avant l'expiration du délai légal de sommation	16
35.3 Suspension de la couverture d'assurance	16
35.4 Remise en vigueur de la couverture d'assurance	16
Art. 36 Ajustement de la prime	16
Art. 37 Résiliation sur sinistre	17
Divers	17
Art. 38 Communications à l'assureur	17
Art. 39 For	17
Art. 40 Droit applicable	17
Art. 41 Bases du contrat	17

Abréviations

LACI	loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
LPP	loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
LAPG	loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité
LAI	loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAM	loi fédérale sur l'assurance militaire
LAA	loi fédérale sur l'assurance-accidents
LCA	loi sur le contrat d'assurance

Chose assurée

Art. 1 Personnes assurées

Sont assurées les personnes et les groupes de personnes désignés dans la police, qui sont employés (au sens de la Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants AVS) dans l'entreprise assurée.

Employeurs, travailleurs indépendants et les membres de leurs familles, travaillant dans l'entreprise assurée et qui sont exempts de l'obligation d'assurance LAA, sont assurés pour autant qu'ils soient nommés dans la police.

Art. 2 Événements assurés

Nous octroyons la couverture d'assurance contre les conséquences économiques de maladie, accident ou maternité. Les prestations assurées sont désignées dans la police.

Art. 3 Gain assuré / Calcul de l'indemnité journalière

Le salaire versé par l'employeur à la personne assurée le mois précédent le début du cas de maladie ou de rechute, constitue le salaire AVS déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière. Des éléments de salaire auxquels la personne assurée a droit, tels les bonifications fixées contractuellement ou le 13ème salaire, sont également pris en considération.

Ne sont pas pris en considération les extras, comme les gratifications, les primes de fidélité ou les cadeaux pour années de service, qui ne dépendent pas d'une performance individuelle.

L'indemnité journalière est déterminée dans chaque cas sur la base de la perte de gain effective, que la personne assurée subit suite à la maladie.

Le salaire est converti en salaire annuel et divisé par 365. Il en va de même pour un salaire fixe assuré. L'indemnité journalière ainsi calculée est versée pour chaque jour civil.

Si le salaire est sujet à de fortes fluctuations (par ex. personnes payées à la commission ou personnel auxiliaire dont l'activité est irrégulière), l'indemnité journalière se calcule en divisant par 365 le salaire obtenu durant les 12 derniers mois précédant le début de la maladie. Il y a une forte fluctuation lorsque celle-ci excède de 10 % les valeurs définies sur la base des alinéas précédents.

Pour les personnes assurées encore en formation, au terme de celle-ci, c'est le salaire fixé dans le contrat de travail déjà conclu qui est valable, respectivement le salaire appliqué usuellement dans la branche, lorsque rien d'autre n'a été convenu.

Le salaire maximum assuré se monte à CHF 300 000.00 par personne et année, lorsque rien d'autre n'a été convenu.

Etendue de la garantie

Art. 4 Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical et provoque une incapacité de travail.

Est réputée incapable de travailler une personne qui, pour les raisons susmentionnées et médicalement attestées, n'est pas en mesure d'exercer une activité.

S'il ne s'agit pas d'une rechute, est considéré comme nouveau cas de maladie, l'incapacité de travail d'une personne assurée, qui a repris son activité complète au moins pendant une journée entière après une période d'inaptitude au travail.

Art. 5 Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement à l'exercice de l'activité professionnelle.

Art. 6 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail la perte totale ou partielle, due à une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir, tant dans sa profession actuelle que dans une autre profession ou domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle.

Seules les conséquences d'une atteinte à la santé justifient une incapacité de travail. De plus, il n'y a incapacité de travail reconnue que si celle-ci est objectivement insurmontable.

Art. 7 Accouchement

L'accouchement au sens de l'assurance est la naissance d'un enfant de l'assurée, né viable, ou qui meurt à la naissance ou qui naît mort, pour autant que la grossesse ait duré au minimum 23 semaines.

Art. 8 Médecin

Autorisé à pratiquer est tout médecin titulaire du diplôme fédéral ou d'un brevet officiel étranger équivalent.

Art. 9 Chiropraticien

Autorisé à pratiquer est tout chiropraticien exerçant une activité professionnelle agréée en Suisse.

Début/Fin de l'assurance

Art. 10 Début et durée de l'assurance

L'assurance entre en vigueur à la date indiquée dans la police ou à la date confirmée par écrit de la part de l'Assurances des métiers.

Les contrats dont la durée est inférieure à 12 mois cessent à la date d'expiration. Les autres contrats se renouvellent tacitement d'année en année si l'une des parties contractantes n'a pas résilié par écrit ou sous une autre forme qui permette la preuve par texte, le contrat trois mois avant son échéance. Les autres possibilités de résiliation demeurent réservées (cf. art. 36 et 37 CGA).

Art. 11 Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance produit ses effets le jour où la personne entre en service auprès du preneur d'assurance. Pour les personnes, qui à la date du début de la couverture d'assurance, respectivement de l'entrée en service, ne sont pas aptes à travailler en mesure complète, la couverture d'assurance débute 20 jours après que la personne a pu reprendre et exercer son activité complètement et sans interruption. Collaborateurs ou collaboratrices partiellement invalides ou personnes, qui, à cause d'un handicap, ne peuvent que travailler partiellement, doivent être en mesure d'exercer entièrement l'activité partielle pour laquelle ils ont été engagés.

Une déclaration d'admission doit être présentée pour les personnes qui sont assurées sur la base d'une convention particulière. Afin de pouvoir apprécier le risque, l'Assurance des métiers peut demander des renseignements médicaux ou exiger un examen médical.

La couverture d'assurance débute par la déclaration d'acceptation écrite, délivrée par l'Assurance des métiers.

Les personnes pour lesquelles a été déposée une demande d'admission à l'assurance ont l'obligation de collaborer et de fournir tous les renseignements demandés. Elles doivent délier les tiers de leur obligation de garder le secret professionnel.

Art. 12 Fin de l'assurance et de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance de chaque personne assurée prend fin lors de l'extinction du contrat collectif.

Le contrat collectif cesse de produire ses effets:

- a) Par la résiliation du contrat;
- b) Suite au déménagement du siège de l'entreprise à l'étranger ;
- c) Avec la cessation de l'activité lucrative.

La couverture d'assurance de chaque personne assurée cesse en outre de produire ses effets avec:

- d) La fin du rapport de travail avec le preneur d'assurance, respectivement la sortie du groupe des personnes assurées;
- e) L'usage fait du droit de passage dans l'assurance individuelle;
- f) L'atteinte de l'âge de la retraite, respectivement le 70^e anniversaire pour les personnes assurées qui, à l'entrée en service respectivement au début de l'assurance, avaient déjà atteint l'âge AVS;
- g) La reprise de la couverture d'assurance par un autre assureur, grâce à la convention de libre passage;
- h) Son décès;
- i) Son séjour hors d'Europe pendant plus de 12 mois consécutifs;
- j) L'expiration du permis de séjour qui l'autorise l'exercice d'une activité lucrative, à l'exception toutefois des personnes assurées possédant un permis de travail de frontalier expiré ;
- k) L'épuisement de la durée maximale des prestations (droit de jouissance);
- l) L'interruption volontaire du travail sans pouvoir prétendre à un salaire (voir art. 18).

Reste réservé le droit aux prestations ultérieures selon art. 25 et art. 33 CGA.

Etendue de la garantie

Art. 13 Prestations

L'Assurance des métiers alloue pour la durée de l'incapacité de travail prouvée, au plus tôt à partir de la fin du délai d'attente fixé dans la police, le taux du salaire convenu dans le contrat.

Les prestations du contrat collectif d'indemnités journalières en cas de maladie sont considérées comme une assurance de dommages. Elle devient une assurance de sommes lorsqu'il est convenu un salaire assuré fixe.

Art. 14 Durée des prestations

L'Assurance des métiers verse les indemnités journalières par cas de maladie, pendant la durée prévue par le contrat, en déduisant le délai d'attente convenu. Le délai d'attente est déduit par cas de maladie. Les jours d'incapacité partielle comptent comme jours entiers.

Le droit aux prestations s'éteint lorsqu'est épuisée la durée maximale des prestations pour un cas de maladie.

Si la personne assurée exploite sa capacité résiduelle de travail au service de l'entreprise assurée, elle reste au bénéfice de la couverture d'assurance à l'exception du cas de maladie pour lequel la durée maximale des prestations est atteinte.

En cas de cessation de l'activité lucrative pour avoir atteint l'âge de la retraite AVS, l'indemnité journalière assurée est allouée jusqu'à la fin du mois en question.

Si l'activité lucrative est poursuivie au-delà de l'âge de la retraite AVS, les prestations pour tous les cas de maladie cumulés sont allouées encore pendant 180 jours au maximum, au plus jusqu'à l'âge de 70 ans.

Art. 15 Hauteur des prestations

En cas d'incapacité de travail partielle, les prestations sont allouées selon le taux attesté. Il y a incapacité de travail partielle, si elle atteint au moins le 25%.

Art. 16 Délai d'attente

Le délai d'attente, fixé dans la police, court dès le jour à partir duquel le médecin a attesté une incapacité de travail d'au moins 25%, mais au plus tôt trois jours avant la première consultation médicale.

Les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25% comptent comme jours entiers.

Les jours impliquant une incapacité de travail de moins de 25% durant la reprise du travail attestée médicalement, ne sont pas considérés, pour une durée maximale de 14 jours, comme une interruption de l'incapacité de travail et ne seront pas imputés sur le délai d'attente.

Il n'y a pas de délai d'attente en cas de rechute.

Art. 17 Prestations en cas du chômage

Si la personne assurée est au chômage, au sens de l'article 10 de la Loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI), l'Assurance des métiers alloue l'indemnité journalière aux conditions suivantes:

- En cas d'incapacité de travail de plus de 25%, la moitié de l'indemnité journalière;
- En cas d'incapacité de travail de plus de 50%, l'indemnité journalière entière.

Ceci est valable seulement si l'assurance chômage réduit ses prestations en conformité aux dispositions de la loi.

Art. 18 Prestations pendant un congé non payé

Pendant la durée d'un congé non payé, la couverture d'assurance demeure pendant au max. 210 jours, à condition que le contrat de travail reste en vigueur. Les droits à une indemnité journalière sont caducs pendant le congé et les primes ne doivent pas être versées. Le délai d'attente ainsi que la durée des prestations débutent au jour prévu pour la reprise du travail après le congé.

Art. 19 Prestations pendant un séjour à l'étranger

La personne assurée qui tombe malade au cours d'un séjour à l'étranger a droit aux prestations assurées pendant la durée de son absence du pays, au maximum toutefois pendant 90 jours par cas de maladie.

Une personne assurée en incapacité de travail, qui se rend à l'étranger sans le consentement écrit de l'Assurances des métiers, n'a à nouveau droit aux prestations que dès la date de son retour.

Si une personne assurée, qui ne possède ni permis d'établissement/ permis de domicile ni permis de séjour annuel en Suisse, se trouve en incapacité de travail pendant qu'elle séjourne à l'étranger, le droit aux prestations s'éteint au plus tard à l'expiration du délai pendant lequel l'employeur, en vertu des dispositions légales, est tenu de lui verser son salaire. Le droit aux prestations dure, par cas de maladie, au maximum pendant 90 jours, avec déduction du délai d'attente.

Exceptions en faveur des frontaliers:

- Pour les personnes assurées disposant d'un permis de frontalier UE/AELE, (à l'exception de Roumanie et Bulgarie) ces restrictions ne sont pas applicables, si elles rentrent à leur domicile à l'étranger une fois par semaine;
- Pour les autres frontaliers, ces restrictions ne sont pas non plus applicables tant qu'ils disposent d'un domicile dans la zone frontalière et qu'ils y résident.

Art. 20 Grossesse et accouchement

20.1 Prestations avant l'accouchement

Les complications de la grossesse avant un accouchement sont assimilées à une maladie assurée, pour autant que la future mère ait déjà été assurée par le présent contrat avant le début de la grossesse.

Si elle n'était pas encore assurée, l'indemnité journalière prévue par le contrat est allouée seulement aussi longtemps qu'il existe une obligation de verser le salaire selon l'article 324 a) CO.

20.2 Prestations après l'accouchement

Si, du jour de l'accouchement au moment où le droit à une allocation de maternité selon la Loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) prend fin ou prendrait fin, la mère assurée remplit les conditions d'octroi selon la LAPG ainsi que durant une interdiction de travail légale, il n'existe aucun droit à une indemnité journalière pour des troubles de la santé, quels qu'en soit la cause.

Les troubles de la santé dus à la naissance sont assimilés à une maladie assurée à partir du moment où le droit à l'allocation de maternité selon la Loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) prend fin ou prendrait fin, dans la mesure où la mère était déjà assurée par le présent contrat au début de la grossesse.

Si elle n'était pas encore assurée, l'indemnité journalière prévue par le contrat est allouée seulement aussi longtemps qu'il existe une obligation de verser le salaire selon l'article 324 a) CO.

Art. 21 Salaire en cas de décès

- a) Si une personne assurée décède des suites d'une maladie assurée et qu'elle laisse un conjoint, un partenaire conformément à la Loi fédérale sur le partenariat enregistré (LPart) ou des enfants mineurs ou en absence d'héritiers ou d'autres personnes en faveur desquelles elle remplissait une obligation d'entretien, le paiement du salaire, au sens de l'article 338 al. 2 CO, incombant au preneur d'assurance en tant qu'employeur, est pris en charge par l'assurance;
- b) Les maladies pour lesquelles une incapacité de travail complète ou partielle avait été établie déjà à l'entrée en vigueur de cette assurance, demeurent exclues, jusqu'à ce que la personne assurée ait retrouvé une capacité de travail complète. La reprise de l'activité dans la tâche convenue dans contrat de travail n'est considérée comme récupération complète de la capacité de travail que lorsque l'activité professionnelle s'élève à 100% et que la personne assurée est capable de travailler en mesure complète au moins durant 20 jours sans interruption;
- c) Un engagement par le preneur d'assurance d'accorder volontairement le salaire pour une plus longue durée ou à d'autres personnes, n'est pas assuré;
- d) En cas de paiement ultérieur du salaire en cas de décès, l'Assurance des métiers renonce à la compensation avec les autres prestations d'assurances revenant aux héritiers.

21.1 Salaire assuré / Calcul de l'indemnité journalière

Le salaire versé par le preneur d'assurance à la personne assurée pendant les 12 mois précédant le décès est déterminant pour le calcul des prestations ultérieures en cas de décès. Des éléments de salaires auxquels la personne assurée a droit sont également prises en considération, comme par exemple les bonifications fixées contractuellement ou le 13ème salaire.

Ne sont pas pris en considération les extras, comme les gratifications, les primes de fidélité ou les cadeaux pour années de service, qui ne dépendent pas d'une performance individuelle.

Le salaire est converti en salaire annuel et divisé par 12. Le montant ainsi évalué constitue la base pour le salaire à verser.

Si le salaire est soumis à de fortes fluctuations (p. ex. personnes payées à la commission ou personnel auxiliaire dont l'activité est irrégulière), il se calcule en divisant par 12 le salaire perçu dans les 12 derniers mois précédant le décès. Il y a une forte fluctuation lorsque le salaire mensuel ainsi calculé varie de 10% au moins par rapport au salaire mensuel calculé sur la base des alinéas précédents.

Si la personne assurée percevait déjà avant le décès une indemnité journalière découlant de ce contrat, on se basera sur le salaire qui était déterminant pour le calcul de cette indemnité journalière.

Art. 22 Impôt à la source

Le preneur d'assurance est tenu d'aviser l'Assurance des métiers que l'employé qui a droit à une indemnité journalière est soumis à l'impôt à la source.

Si les prestations assujetties à l'impôt à la source sont à verser directement à la personne assurée, elles seront réduites du montant dudit impôt.

Les prestations assujetties à l'impôt à la source peuvent être allouées sans réduction à l'employeur. Dans ce cas, celui-ci doit procéder à la déduction de l'impôt à la source conformément à la législation fiscale en vigueur et observer toutes les obligations incombant de par la loi au débiteur de la prestation imposable, notamment procéder à temps au décompte avec les autorités fiscales compétentes.

L'employeur répond de tous les dommages que l'inexécution ou l'exécution imparfaite de ces obligations (en particulier de l'obligation de verser en temps utile l'impôt à la source) aurait pour effet de causer à l'Assurances des métiers.

Exclusions et limitations des prestations

Art. 23 Exclusions

Ne sont pas assurés :

- Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident couvert par l'assurance obligatoire contre les accidents (LAA) ou par une assurance-accidents privée. Si les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident ne sont pas couvertes par une autre assurance, la couverture n'est accordée que si l'assurance perte de gain en cas d'accident est incluse dans le présent contrat;
- Les maladies résultant d'événements de guerre et de troubles civils;
- Les maladies résultant de radiations nucléaires et ionisantes de tout genre, à l'exception des atteintes consécutives aux traitements médicaux par rayons, à la suite d'un événement assuré;
- Les prestations résultant de traitements et opérations cosmétiques ou médicalement non nécessaires, ainsi que de leurs séquelles. Les critères de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et des ordonnances y relatives sont déterminants;
- L'incapacité de travail due à une grossesse, à l'accouchement et aux couches;
- Les indemnités journalières pendant la durée d'une détention préventive, de l'exécution d'une sanction pénale liée à une privation de liberté, ainsi que pendant la privation de liberté à des fins d'assistance. Une incapacité de travail survenant pendant cette période reste exclue de l'assurance même après la libération, jusqu'au retour à la pleine capacité de travail. Si l'incapacité de travail a débuté avant, il n'existe aucun droit aux indemnités journalières durant l'exécution de la sanction pénale liée à une privation de liberté. Les journées non indemnisées seront toutefois imputées sur la durée maximale d'indemnisation.

Art. 24 Libre passage en cas d'incapacité de travail

Les maladies ou infirmités qui entraînaient une incapacité de travail totale ou partielle déjà à l'entrée en vigueur du contrat d'assurance ou lors de l'entrée en service restent exclues de l'assurance. Si la personne assurée dispose de conditions plus favorables en vertu d'une convention de libre passage entre assureurs, celles-ci font foi.

Art. 25 Versement ultérieur du salaire

Un versement ultérieur du salaire est dû:

- Lors de la faillite de l'employeur;
- Lors de la cessation du rapport de travail;
- Lors de l'extinction du contrat.

Un versement ultérieur du salaire est dû pendant un temps limité:

- Pour le propriétaire et les membres de sa famille travaillant dans l'entreprise, pendant 180 jours au maximum;
- Pour les personnes assurées, qui ont leur domicile à l'étranger et ne disposent pas d'un permis de travailleurs frontalier, pendant 90 jours au maximum.

Un versement ultérieur du salaire n'est pas dû ou prend fin:

- Lors d'un changement d'emploi ou de passage dans une assurance collective d'un nouvel employeur (libre passage);
- Lorsque la personne assurée a fait usage de son droit de passage dans l'assurance individuelle (v. art. 32.1 CGA);
- Lors du décès de la personne assurée;
- Lorsque le droit aux indemnités est épuisé;
- Lors de l'expiration du permis de séjour qui autorise l'exercice d'une activité lucrative, à l'exception des personnes assurées possédant un permis de travail de frontalier expiré;
- Lors de la cessation de l'activité lucrative;
- Lors d'un séjour de la personne assurée hors d'Europe pendant plus de 12 mois consécutifs;
- Lors de l'accomplissement du 70ème anniversaire;
- Si le rapport de travail de la personne assurée prend fin pendant la période d'essai ou s'il s'agit d'un rapport de travail de durée déterminée.

Les prestations ultérieures sont versées jusqu'au terme de la durée maximale des prestations, mais au plus tard jusqu'au début d'une rente selon LPP (Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité), à condition que l'incapacité de travail soit à rapporter à la même cause, qu'elle se soit poursuivie sans interruption et n'excède pas le degré d'incapacité existant.

Art. 26 Rechute

Il y a rechute lorsque la personne assurée est à nouveau en incapacité de travail, consécutivement à la même maladie, dans un délai de 12 mois après la reprise complète de son activité au terme du délai d'attente.

Art. 27 Surindemnisation

Si la personne assurée bénéficie de prestations d'une assurance sociale suisse ou d'une assurance étrangère analogue, d'une assurance d'entreprise ou d'un tiers responsable, l'Assurance des métiers n'alloue que la différence jusqu'à concours de l'indemnité convenue dans le contrat, ceci après l'expiration du délai d'attente.

Lorsque les indemnités journalières sont assurées sur la base d'une somme fixe, cette disposition est nulle.

Les jours avec des prestations réduites comptent comme des jours entiers.

Art. 28 Restitution et avances sur les prestations

Si les prestations d'autres assurances sociales ou d'entreprises sont allouées rétroactivement pour une période durant laquelle l'Assurance des métiers a versé sans réduction les indemnités journalières assurées, celle-ci a le droit d'en demander la restitution.

Les prestations déjà versées par l'Assurance des métiers constituent une avance sur les prestations dans la mesure où, ajoutées à celles d'autres assurances sociales, d'entreprises ou de tiers responsable, elles dépassent le pourcentage de perte de gain assuré. L'Assurance des métiers peut

exiger que les prestations versées rétroactivement pour la même période par d'autres assureurs lui soient directement remboursées.

En cas de paiements rétroactifs de l'assurance invalidité fédérale (AI), l'Assurance des métiers est autorisée à demander directement aux assureurs sociaux compétents, la compensation de son droit de restitution avec le paiement des arriérés de l'AI ou d'allocations de maternité, selon la LAPG et d'en réclamer directement le remboursement, ceci sans l'autorisation écrite de la personne assurée. Cette disposition s'applique aussi aux institutions d'assurances correspondantes dont le siège se trouve dans la Principauté du Liechtenstein ou à l'étranger.

Si l'Assurance des métiers alloue des prestations à la place d'un tiers responsable, elle est subrogée aux droits de la personne assurée, dans les limites de ces prestations, pour autant que les prestations du tiers responsable et l'indemnité journalière cumulées excèdent la perte de gain assurée.

Art. 29 Réduction des prestations

Si l'atteinte à la santé n'est due qu'en partie à une maladie assurée, les prestations sont fixées proportionnellement, sur la base d'une évaluation établie par un spécialiste ou d'une expertise médicale.

Art. 30 Faute grave en cas de maladie

Si l'événement assuré a été provoqué par une faute grave de la personne assurée, l'Assurance des métiers renonce à son droit légal de réduire les prestations.

Devoir de limitation des prestations

Art. 31 Obligation en cas de sinistre

- Lorsqu'une incapacité de travail survient, le preneur d'assurance l'annonce à l'Assurances des métiers au moyen du formulaire prévu à cet effet dans les 5 jours suivant l'expiration du délai d'attente convenu, mais au plus tard après 30 jours d'incapacité de travail ininterrompue. L'avis doit être accompagné d'un certificat médical du médecin traitant;
- Toute modification du degré d'incapacité de travail survenant au cours de l'évolution d'une maladie doit être notifiée immédiatement à l'Assurances des métiers;
- La personne assurée doit faire demande de prestations à l'AI, dans le délai prescrit par l'Assurances des métiers. Si la personne assurée ne suit pas ou suit tardivement les ordres de l'Assurances des métiers, celle-ci est en droit de réduire ses prestations d'indemnités journalières du montant que l'AI aurait payé si la demande de prestations avait été faite en temps utile;
- Sur demande, la personne assurée doit se soumettre à un examen effectué par un deuxième médecin ou d'un médecin-conseil désigné par l'Assurance des métiers. Les honoraires de cet examen médical et les frais de voyage qui en découlent en Suisse (billet de train 2ème classe), sont à la charge de l'Assurances des métiers;
- En cas d'incapacité de travail prolongée, un certificat intermédiaire doit être envoyé chaque mois à l'Assurances des métiers. Celle-ci se réserve en outre le droit, en cas de maladie, de rendre visite à la personne assurée;
- La personne assurée est tenue de délier les médecins qui la traitent de leur obligation de garder le secret médical envers l'Assurance des métiers, qui est tenue à traiter toutes les informations médicales de façon confidentielle;
- La personne assurée doit autoriser l'Assurance des métiers à demander des renseignements auprès de tiers, en particulier des offices AI, des institutions de prévoyance (caisses de pension), des caisses maladie, d'assureurs LAA, des caisses d'assurance chômage et d'autres institutions sociales et assureurs privés et de prendre connaissance et vision des dossiers la concernant;

- La personne assurée doit adapter son activité antérieure ou toute autre activité exigible à ses possibilités. Elle le fera dans le cadre du délai octroyé par l'Assurance des métiers. Dans le cas d'une longue incapacité de travail, le preneur d'assurance doit favoriser la reprise de l'activité et proposer à la personne assurée, dans la mesure du possible, un poste de travail adapté;
- Dans les limites de l'exigible et dans le délai imparti, la personne assurée doit se soumettre aux interventions, thérapies ou autres mesures jugées nécessaires d'un point de vue médical et recommandées par un médecin ou le service médical de l'Assurances des métiers.

Si, en cas de maladie assurée, les obligations ou règles de comportement sont violées, l'Assurances des métiers peut réduire ou refuser les prestations selon son appréciation. Restent réservées les violations des devoirs non fautives.

31.1 Preuves du droit aux prestations après le décès

En complément à l'art. 30 des Conditions générales d'assurance (CGA), tous les certificats et documents officiels (décomptes de salaire, certificat de décès, etc.), dont la légitimité permet l'établissement du paiement du salaire en cas de décès, doivent être transmis à l'Assurances des métiers.

Passage dans l'assurance individuelle

Art. 32 Devoir d'information de l'employeur

L'employeur est tenu d'informer les personnes assurées ayant un droit aux prestations de la part de l'Assurances des métiers sur le contenu essentiel du contrat, sur sa modification et sa dissolution. À cet effet, l'Assurance des métiers met à la disposition de l'employeur les documents requis (mémentos).

Au plus tard à la fin du rapport de travail, l'employeur a le devoir d'informer les personnes assurées qu'elles ne font plus partie du cercle des assurés et de leur droit de libre passage dans l'assurance indemnité de maladie individuelle, dans le délai de 3 mois. Il a le même devoir d'information, lorsque cesse la couverture de l'assurance maladie collective. Le terme de trois mois court à partir du moment où cesse le rapport de travail ou expire la police d'assurance maladie collective.

D'éventuelles prétentions consécutives à un défaut d'information doivent être élevées par la personne assurée, sous réserve de dispositions légales impératives, contre le preneur d'assurance.

Si l'employeur n'a pas informé en temps utile par écrit les personnes assurées ou s'il ne peut pas prouver l'avoir fait, il répond envers l'Assurance des métiers de toutes les conséquences qui en résultent. En particulier, il doit indemniser l'Assurance des métiers des primes manquantes et des indemnités journalières que celle-ci doit verser à la personne assurée en cas de maladie.

Art. 33 Passage dans l'assurance individuelle

La personne assurée a le droit de continuer de s'assurer à titre individuel, au tarif individuel et aux conditions complémentaires déterminantes:

- Lors de l'extinction de l'assurance maladie collective;
- Lors de la cessation du rapport de travail;
- Lors de l'ouverture de la faillite de l'employeur;
- Egalement droit au passage dans l'assurance individuelle a le propriétaire et les membres de sa famille qui travaillent dans la même entreprise, si à la suite d'un événement assuré, ils sont au moins à 25% en incapacité de travail et doivent interrompre ou arrêter définitivement leur activité, qu'ils exerçaient au moment de l'évaluation du risque de la part de l'assurance.

Ces personnes ont le droit, dans les 3 mois et sans nouvel examen de la santé, au libre passage dans l'assurance individuelle de l'Assurances des métiers.

Pour les personnes qui, immédiatement après avoir quitté le cercle des personnes assurées, suite à la cessation du rapport de travail sont sans emploi au sens de l'article 10 de la Loi sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI), doivent faire valoir ce droit dans les trois mois dès l'instant où ils ont été informés de leur droit par écrit. Les personnes assurées qui sont au chômage ont le droit, sans devoir présenter une nouvelle déclaration de santé, de demander l'ajustement du délai d'attente (et de la prime y relative) à 30 jours.

33.1 Restriction du libre passage

Le droit au maintien de la couverture n'est pas applicable:

- Si la personne assurée est au bénéfice d'ultérieures prestations, n'ayant pas fait usage du droit de libre passage dans l'assurance individuelle (v. art. 24 CGA);
- En cas de changement d'emploi, lorsqu'il existe un droit de libre passage dans l'assurance maladie collective d'un nouvel employeur;
- Pour les personnes assurées avec un contrat de travail à durée limitée ou dont le temps d'essai se termine ou qui viennent de sortir du cercle des personnes assurées et sont considérées comme personnes sans emploi, au sens de l'article 10 de la Loi sur l'assurance chômage (LACI);
- Si, au moment de la sortie, la personne assurée a atteint l'âge de la retraite;
- Si la durée maximale des prestations (droit de jouissance) est épuisée;
- Si la personne assurée ne dispose d'aucun permis de séjour qui l'autorise à exercer une activité lucrative en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein;
- Pour le propriétaire et les membres de sa famille, qui travaillent dans l'entreprise, sauf s'il y a, au moment de la cessation ou de l'interruption de l'activité, une incapacité de travail de 25% au moins suite à un événement assuré;
- Si le contrat d'indemnité journalière de maladie est annulé et un autre assureur assure le groupe de personnes ou une partie de ce groupe. La restriction n'est pas valable pour les personnes de ce groupe qui ne bénéficient pas de cette couverture;
- Pour les personnes ayant leur domicile hors de Suisse;
- En cas de cessation de l'activité lucrative.

Dispositions générales

Art. 34 Calcul des primes

La prime d'assurance se calcule sur la base du salaire soumis à l'AVS, qui ne peut dépasser le montant maximum par personne et année fixé par l'art. 3 des CGA. Les salaires qui, sur la base des accords bilatéraux entre la Suisse et l'UE ou à cause de l'âge de la personne assurée, ne sont pas soumis à l'AVS, sont également assujettis au paiement de la prime.

Pour les personnes mentionnées nominalement et assurées à des sommes fixes, celles-ci forment la base pour le calcul de la prime.

Si une prime provisoire a été convenue, le preneur d'assurance communique, en temps voulu, à l'Assurance des métiers les données nécessaires pour établir la prime annuelle définitive, au moyen du formulaire « déclaration des salaires », en joignant un double du décompte AVS.

Si le preneur d'assurance ne remplit pas son obligation de déclaration dans le délai imparti par l'Assurance des métiers, celle-ci fixe le montant des primes dues par estimation.

En cas de fausse déclaration de salaire, l'Assurance des métiers se réserve le droit de résilier le contrat 30 jours après la constatation pour la fin du mois. Le contrat d'assurance s'éteint à la réception de la résiliation.

L'Assurance des métiers peut vérifier en tout temps les déclarations du preneur d'assurance en consultant l'ensemble des documents déterminants (p. ex. livres et décomptes de salaires etc.).

Si la prime définitive s'écarte de la prime provisoire, celle-ci peut être réajustée.

Art. 35 Primes

35.1 Retard dans le paiement de la prime

Si la prime n'est pas réglée dans le délai imparti, l'Assurance des métiers somme le preneur d'assurance par écrit, en lui rappelant les conséquences légales du retard, de payer la prime en suspens ainsi que les frais dans les 14 jours à compter dès l'envoi de la sommation.

35.2 Événements assurés survenant avant l'expiration du délai légal de sommation

Les événements assurés qui ont conduit à une incapacité de travail avant l'expiration du délai légal de sommation sont assurés.

35.3 Suspension de la couverture d'assurance

Pour les événements assurés, qui provoquent une incapacité de travail qui intervient après l'expiration du terme de paiement à la suite du rappel, la couverture d'assurance est suspendue. Cette interruption de la couverture est également valable pour les cas de rechute.

La couverture d'assurance est suspendue en cas d'accouchement, qui survient après l'expiration du terme de paiement imparti.

35.4 Remise en vigueur de la couverture d'assurance

Toute assurance suspendue peut être remise en vigueur par l'Assurance des métiers lorsque toutes les primes échues sont réglées, y compris les intérêts et les frais.

Art. 36 Ajustement de la prime

Si le tarif des primes change pendant la durée contractuelle, l'Assurance des métiers peut exiger l'adaptation du contrat dès l'année d'assurance qui suit. La nouvelle prime est communiquée au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant l'expiration de l'année d'assurance.

L'Assurance des métiers peut adapter les primes en fonction du cours des sinistres, ainsi qu'en fonction de l'éventuelle modification de la composition du cercle des personnes assurées (âge et sexe), à l'expiration de la durée contractuelle et à l'expiration de chaque année d'assurance suivante. L'Assurance des métiers communique les nouveaux taux de primes au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant l'expiration de l'année d'assurance.

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat par écrit ou sous une autre forme qui permette la preuve par texte, dans sa totalité ou seulement par rapport aux prestations pour lesquelles la prime a été augmentée, pour la fin de l'année d'assurance en cours. S'il fait usage de ce droit, le contrat s'éteint, dans la mesure correspondante, à l'expiration de l'année d'assurance. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'Assurances des métiers, au plus tard, le dernier jour de l'année d'assurance. Faute de résiliation par le preneur d'assurance, l'adaptation du contrat est réputée acceptée.

Art. 37 Résiliation sur sinistre

Lors de chaque sinistre pour lequel l'Assurance des métiers doit allouer une prestation, le preneur d'assurance peut résilier le contrat par écrit ou sous une autre forme qui permette la preuve par texte au plus tard 14 jours après réception du paiement final.

Si le contrat est résilié, l'obligation contractuelle d'allouer des prestations s'éteint 14 jours après réception de la résiliation par l'Assurance des métiers.

L'Assurance des métiers renonce à son droit de résiliation en cas de sinistre.

Demeurent réservés les motifs juridiques de résiliation, dans les cas de fausse déclaration, d'abus ou de tentatives d'abus envers l'assurance.

Divers

Art. 38 Communications à l'assureur

Toutes les notifications et communications doivent être adressées à l'Assurance des métiers, Sihlquai 255, Case postale, 8031 Zurich ou envoyées par courriel à info@assurancedesmetiers.ch.

Les résiliations et les retraits doivent parvenir par écrit ou sous une autre forme qui permette la preuve par texte, postal à l'Assurance des métiers avant l'échéance prévue.

Art. 39 For

En cas de litiges résultant du présent contrat d'assurance, la partie plaignante peut intenter une action auprès du tribunal compétent, à choix au lieu de domicile en Suisse, au lieu de travail en Suisse ou du siège de l'Assurances des métiers.

Art. 40 Droit applicable

Le contrat est soumis exclusivement au droit suisse.

Art. 41 Bases du contrat

Au demeurant, les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) sont applicables.

Clause sur la protection des données :

La Coopérative d'assurance des métiers respecte la protection des données. Les données sont saisies puis traitées en vue de la gestion des opérations d'assurance et des sinistres, de la distribution, de la vente, du management, du courtage de produits/services, de l'évaluation des risques ainsi que de la gestion des contrats d'assurance et de toutes les opérations auxiliaires associées.

La Coopérative d'assurance des métiers peut en outre, dans le respect des dispositions légales, utiliser des méthodes mathématiques et statistiques afin d'analyser des données et des données personnelles,

d'améliorer la qualité des produits et des services sur la base des connaissances acquises et d'informer les assurés sur des points pertinents. La Coopérative d'assurance des métiers et les sociétés qu'elle détient peuvent, au sein du groupe, traiter et utiliser les données des clients à des fins de simplification administrative et de marketing, en vue de soumettre aux assurés d'autres offres de produits et de services. Les départements respectifs de la Coopérative d'assurance des métiers et des sociétés qu'elle détient sont par conséquent expressément autorisés à traiter les données à caractère personnel et les données relatives aux contrats ainsi que les données des clients, obtenues dans le cadre de rapports d'assurance aux fins susmentionnées.

La Coopérative d'assurance des métiers peut, dans la mesure nécessaire et dans le cadre des différentes finalités, transmettre des données personnelles à des services officiels et autres, à des agences, à des assureurs précédents, co-assureurs ou réassureurs, ou à d'autres intervenants externes en Suisse et à l'étranger et demander des renseignements à tous ces services, qui participent à la gestion du rapport d'assurance, dont des renseignements pertinents sur les relations contractuelles antérieures et l'historique des sinistres. La Coopérative d'assurance des métiers traite ces renseignements de manière confidentielle, tout comme les données sensibles ou les profils de personnalité.

Les données à caractère personnel sont utilisées, traitées, conservées, effacées et enregistrées sous forme physique ou électronique, conformément aux dispositions légales. Les données personnelles qui ne sont plus nécessaires sont effacées dans la mesure permise par la loi. Les données concernant la correspondance commerciale doivent être conservées pendant au moins dix ans à compter de la résiliation du contrat, les données relatives aux sinistres pendant au moins dix ans à compter de la liquidation du sinistre concerné.

Les principales catégories de données personnelles traitées sont les suivantes : données des personnes intéressées, données des clients, données relatives aux propositions, aux contrats, aux sinistres, à la santé, données de paiement, données des lésés et des demandeurs ainsi que données d'encaissement.

Les entretiens avec la Coopérative d'assurance des métiers peuvent être enregistrés afin de garantir des services irréprochables et à des fins de formation.

Conformément aux dispositions légales, la personne assurée a le droit d'obtenir de la Coopérative d'assurance des métiers des informations sur le traitement de ses données personnelles.

Dans le cadre du traitement de cas d'assurance, la personne assurée a en outre le droit d'exiger de la Coopérative d'assurance des métiers les renseignements prévus par la loi sur les données la concernant.

Le traitement des données de l'assuré est régi par les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992.

La déclaration de protection des données la Coopérative d'assurance des métiers est disponible sur <https://www.branchenversicherung.ch/fr/protection-des-donnees/> ou peut être demandée par téléphone au numéro suivant : +41 44 267 61 61.

T 044 267 61 61, F 044 261 52 02
Sihlquai 255, case postale, 8031 Zurich
www.assurancedesmetiers.ch

Coopérative d'assurance des métiers
Sihlquai 255, case postale, 8031 Zurich
T 044 267 61 61, F 044 261 52 02
www.assurancedesmetiers.ch

AVB04_GF09_04_F