

Assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA

Edition 01.01.2022

Informations pratiques et juridiques conformément à la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)

La présente information client renseigne de manière claire et succincte sur l'identité de l'assureur et sur les principaux éléments du contrat d'assurance, ainsi que l'exige l'art. 3 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

Qui est l'assureur?

Le partenaire contractuel est Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après «assureur») dont le siège est Rue des Cèdres 5, Case postale, CH-1919 Martigny.

Quels sont les risques pris en charge par l'assurance et quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

L'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité résultant d'une maladie.

La couverture d'assurance peut s'étendre à l'accident, au congé à la suite d'un accouchement, au congé paternité ou à d'autres risques pour autant qu'ils soient mentionnés dans la police.

La couverture d'assurance concerne l'incapacité de travail, à savoir la perte totale ou partielle de l'aptitude de l'assuré à accomplir les tâches habituelles de la profession exercée qui peuvent raisonnablement être exigées de lui.

Dès l'instant où la reprise de la profession habituelle n'est plus possible, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain, à savoir toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché de travail équilibré.

Tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont imputés à charge du contrat collectif. La couverture d'assurance relève de l'assurance dommages.

Quelles sont les prestations assurées?

Les détails de la couverture d'assurance, notamment les risques assurés, le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations, le pourcentage du salaire assuré et le délai d'attente sont stipulés dans la police, de même que les conditions particulières éventuelles.

L'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25%.

Dès le versement de la rente de vieillesse de l'AVS, l'assuré a droit à un maximum de 180 indemnités journalières pour une ou plusieurs incapacités.

La durée des prestations pour les assurés au bénéfice d'un contrat de travail d'une durée de 3 mois ou moins est limitée à 90 jours.

Comment la prime est-elle calculée?

La prime est calculée sur la base des taux de primes et des salaires déclarés par l'employeur. Les taux de primes dépendent des risques assurés et de la couverture souhaitée.

Qui est le preneur d'assurance et qui sont les personnes assurées?

Le preneur d'assurance est l'employeur qui a conclu le contrat d'assurance.

Le cercle des personnes assurées est mentionné dans la police.

Quelles sont les obligations du preneur d'assurance?

Les obligations du preneur d'assurance sont définies dans la police d'assurance et dans les conditions générales d'assurance. Il a notamment l'obligation d'informer les personnes assurées de la teneur principale du présent contrat, de ses modifications et de sa résiliation.

Le preneur d'assurance doit également informer les personnes assurées sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsque les rapports de travail ou le contrat d'assurance prennent fin.

Le preneur d'assurance est, par ailleurs, tenu de remplir les obligations suivantes:

- annoncer les incapacités de travail dans les 15 jours suivant leur survenance;
- communiquer immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité;
- remettre à l'assureur le formulaire de déclaration de salaires lors de la facturation définitive et, sur demande, les décomptes AVS des personnes assurées;
- autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter, au besoin, les livres et pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS;
- fournir tout document de nature à établir le droit aux prestations;
- informer l'assureur sur une éventuelle aggravation du risque (par exemple modification de l'activité de l'entreprise ou de la profession assurée).

Quelles sont les obligations de l'assuré?

L'assuré est tenu de remplir les obligations suivantes:

- consulter un médecin autorisé, à son cabinet, au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité;
- fournir tout document de nature à établir le droit aux prestations;
- collaborer avec l'assureur et les autres institutions d'assurance sociale;
- tout entreprendre pour réduire le dommage;
- informer l'assureur avant d'entreprendre un séjour hors des environs de son domicile (rayon de 200km) durant une incapacité;

Lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigation engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.

Le détail des obligations de l'assuré est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Le non-respect des obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations.

Dans quels cas l'assureur peut-il réduire ou refuser les prestations d'assurance?

La couverture d'assurance peut être réduite ou refusée dans les cas suivants (liste non exhaustive):

- si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas leurs obligations prévues dans les conditions d'assurance;
- si l'incapacité de travail n'est pas annoncée à l'assureur dans les 15 jours suivant sa survenance;
- si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité;
- si l'assuré refuse de collaborer avec l'assureur ou d'autres institutions d'assurance sociale;
- lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;
- si l'assuré ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable, dans ce cas, l'assureur peut aussi demander le remboursement de prestations déjà avancées et facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;
- lors d'un séjour hors des environs de son domicile (rayon de 200km) dans les cas prévus par les conditions générales d'assurance;
- en cas de non-paiement des primes par le preneur d'assurance;
- pour les conséquences d'une intervention esthétique volontaire non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Le détail des limitations de couverture est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Quand commence le contrat?

Le contrat est conclu dès que l'assureur a communiqué l'acceptation de la proposition.

Quand prend fin le contrat d'assurance?

Le preneur d'assurance peut mettre fin au contrat par résiliation dans les situations suivantes:

- à l'échéance du contrat indiquée dans la police, moyennant un préavis de 3 mois. La résiliation est considérée comme intervenue à temps si elle parvient à l'assureur au plus tard le 30 septembre. Si le contrat n'est pas résilié, il est renouvelé tacitement d'année en année;
- après chaque sinistre pour lequel une prestation est versée, mais au plus tard dans les 14 jours après avoir eu connaissance du paiement par l'assureur;
- lorsque l'assureur augmente les primes. Dans ce cas, la résiliation doit parvenir à l'assureur avant la fin de l'année civile.

L'assurance prend également fin:

- à la cessation de l'activité de l'entreprise assurée;
- au moment du transfert du siège ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger.

L'assureur peut mettre fin au contrat par résiliation dans les situations suivantes:

- à l'échéance du contrat indiquée dans la police, moyennant un préavis de 3 mois. Si le contrat n'est pas résilié, il est renouvelé tacitement d'année en année;
- si un fait important a été omis ou inexactement déclaré par le preneur d'assurance;
- suite au non-paiement des primes;
- en cas de fraude ou de tentative de fraude du preneur d'assurance.

Ces listes ne mentionnent que les possibilités les plus courantes dans lesquelles il peut être mis fin au contrat. D'autres possibilités résultent des conditions générales d'assurance ainsi que de la LCA.

Quand débute la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance débute, pour chaque assuré, le jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur mentionnée sur la police.

Quand prend fin la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:

- à la fin du contrat de travail, sous réserve d'une incapacité en cours;
- en cas de non-paiement des primes;
- à la fin du contrat d'assurance ou dès sa suspension;
- au plus tard à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
- à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

Quand prend fin le droit aux prestations?

Le droit aux prestations cesse pour chaque assuré:

- à la suspension de la couverture d'assurance suite au non-paiement des primes;
- à l'épuisement du droit maximal aux prestations;
- à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
- à la résiliation de la police, sous réserve du cas en cours non repris par un autre assureur.

Comment les données sont-elles traitées par l'assureur?

L'assureur traite les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance et des personnes assurées, notamment les données relatives au contrat, à l'encaissement et à la gestion des sinistres, conformément aux exigences légales en matière de protection des données.

Les détails relatifs au traitement des données sont mentionnés dans les conditions générales d'assurance.

Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA

PC

PCGA01-F1 – édition 01.01.2022

Table des matières

A. Généralités

Abréviations

- Art. 1** Assureur
- Art. 2** But et nature de l'assurance
- Art. 3** Bases juridiques du contrat
- Art. 4** Définitions

B. Etendue de l'assurance

- Art. 5** Police d'assurance
- Art. 6** Personnes assurées
- Art. 7** Début et fin du contrat
- Art. 8** Résiliation sur sinistre
- Art. 9** Prétention frauduleuse

C. Couverture d'assurance

- Art. 10** Début de la couverture d'assurance
- Art. 11** Fin de la couverture d'assurance
- Art. 12** Passage à l'assurance individuelle

D. Prestations

- Art. 13** Droit aux prestations
- Art. 14** Prestations dès le versement de la rente vieillesse de l'AVS
- Art. 15** Prestations en cas de contrat de travail de 3 mois ou moins
- Art. 16** Fin du droit aux prestations
- Art. 17** Incapacité en cours à la fin du contrat de travail
- Art. 18** Epuisement
- Art. 19** Calcul de l'indemnité journalière
- Art. 20** Congé non payé
- Art. 21** Prestations en cas de décès
- Art. 22** Prestations en cas de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé

- Art. 23** Prestations hors des environs du domicile
- Art. 24** Incapacité causée par faute
- Art. 25** Limitation du droit aux prestations

E. Prestations complémentaires

- Art. 26** Prestations maternité
- Art. 27** Prestations paternité
- Art. 28** Prestations en cas d'adoption
- Art. 29** Perte de gain additionnelle

F. Coordination des prestations

- Art. 30** Prestations de tiers
- Art. 31** Surindemnisation

G. Primes

- Art. 32** Calcul de la prime
- Art. 33** Paiement des primes
- Art. 34** Adaptation du taux de prime
- Art. 35** Décompte de prime
- Art. 36** Participation aux excédents

H. Obligations

- Art. 37** Obligations du preneur d'assurance
- Art. 38** Obligations de l'assuré

I. Dispositions diverses

- Art. 39** Cession et mise en gage des prestations
- Art. 40** Clause courtier
- Art. 41** Communications
- Art. 42** Lieu d'exécution
- Art. 43** For
- Art. 44** Protection des données

A. Généralités

Abréviations

- LAVS: Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
- LAI: Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
- LPP: Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
- LAMal: Loi fédérale sur l'assurance-maladie
- LAA: Loi fédérale sur l'assurance-accidents
- LAM: Loi fédérale sur l'assurance militaire
- LAPG: Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain

- LAFam: Loi fédérale sur les allocations familiales
- LACI: Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
- LCA: Loi fédérale sur le contrat d'assurance
- CO: Code des obligations
- CGA: Conditions générales d'assurances

Art. 1 Assureur

L'entreprise d'assurance porteuse du risque est Groupe Mutuel Assurances GMA SA, ci-après l'assureur.

Art. 2 But et nature de l'assurance

1. La couverture d'assurance relève de l'assurance de dommages.
2. L'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité résultant d'une maladie. La couverture d'assurance peut s'étendre à l'accident, au congé à la suite d'un accouchement ou à d'autres risques, pour autant qu'ils soient mentionnés dans la police.

Art. 3 Bases juridiques du contrat

Les bases juridiques du contrat sont constituées par:

1. Les présentes CGA, les éventuelles conditions complémentaires ou particulières, ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants.
2. Les dispositions et les déclarations mentionnées dans la proposition, les autres déclarations du preneur d'assurance et des assurés, ainsi que les questionnaires médicaux.
3. La LCA.
4. Le CO.

Art. 4 Définitions

1. Atteinte à la santé

L'atteinte à la santé englobe la maladie et/ou l'accident.

2. Maladie

Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité. Les complications liées à la grossesse sont assimilées à une maladie.

3. Accident

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, médicalement et objectivement décelable, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Sont également assimilées à un accident, les suites d'accidents, les rechutes d'accidents, les lésions corporelles assimilées à un accident ainsi que les maladies professionnelles au sens de la LAA.

4. Incapacité

Sauf indication contraire, le terme incapacité concerne autant l'incapacité de travail que l'incapacité de gain.

5. Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir les tâches habituelles de la profession exercée qui peuvent raisonnablement être exigées de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Dès l'instant où la reprise de la profession habituelle n'est plus possible, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain.

6. Incapacité de gain

- a. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré.
- b. Seules les limitations médicales dues à l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.
- c. L'incapacité de gain se détermine par la différence entre le revenu obtenu avant l'incapacité de travail dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu moyen qui pourrait

médicalement être réalisé dans une autre activité en tenant compte du niveau de compétences de l'assuré, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) en vigueur.

7. Cas d'assurance

Par cas d'assurance, on entend une incapacité ayant pour cause une ou plusieurs atteintes à la santé qui peuvent survenir durant la même période d'incapacité.

8. Rechute

Est considérée comme rechute, l'incapacité rattachée médicalement à une incapacité antérieure, qui survient durant la période de couverture et durant les 365 jours qui suivent la fin de l'incapacité antérieure. A ces conditions, la rechute fait partie du même cas d'assurance que l'incapacité antérieure.

B. Etendue de l'assurance

Art. 5 Police d'assurance

La police d'assurance stipule les détails de la couverture d'assurance, notamment les risques assurés, le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations, le pourcentage du salaire assuré, le délai d'attente, la durée des prestations et les conditions particulières éventuelles.

Art. 6 Personnes assurées

1. Le cercle des personnes assurées est mentionné dans la police.
2. La personne qui est totalement ou partiellement incapable de travailler au moment de l'entrée en vigueur de la police, respectivement au début du rapport de travail, n'est pas assurée. Elle l'est dès qu'elle a retrouvé sa pleine capacité de travail. La convention de libre passage reste réservée.
3. La personne qui perçoit une rente d'invalidité au moment de l'entrée en vigueur de la police, respectivement au début du rapport de travail, est assurée pour le salaire qu'elle retire de sa capacité de travail résiduelle qu'elle exploite concrètement et durablement.
4. La personne dont le contrat de travail prend fin durant son incapacité donnant droit à des prestations, continue de faire partie du cercle des assurés jusqu'à la fin de ladite incapacité en cours. La convention de libre passage reste réservée.

Art. 7 Début et fin du contrat

1. L'entrée en vigueur du contrat et son échéance sont indiquées dans la police.
2. A l'échéance de la police et sauf avis de résiliation réceptionné au plus tard le 30 septembre, le contrat est reconduit tacitement d'année en année.
3. Le contrat prend fin:
 - a. en cas de résiliation par le preneur d'assurance ou par l'assureur;
 - b. à la cessation d'activité de l'entreprise assurée;
 - c. en cas de résiliation sur sinistre au sens de l'art. 8 des présentes CGA;
 - d. en cas de résiliation sur prétentions frauduleuses au sens de l'art. 9 des présentes CGA;
 - e. en cas de non-paiement des primes au sens de l'art. 33, al. 5 des présentes CGA;
 - f. au moment du transfert du siège ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger;

- g. en cas de résiliation suite à une augmentation des taux de primes au sens de l'art. 34 des présentes CGA.

Art. 8 Résiliation sur sinistre

1. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 14 jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets 14 jours après la notification de l'avis de résiliation à l'assureur.
2. L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la LCA de se départir du contrat sur sinistre, excepté en cas d'abus, de fausse déclaration, de dol, de réticence ou de leurs tentatives ou de juste motif au sens de la LCA.

Art. 9 Prétention frauduleuse

La police peut être annulée ou résiliée lorsque le preneur d'assurance a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.

C. Couverture d'assurance

Art. 10 Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance débute pour chaque assuré le jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur mentionnée dans la police.

Art. 11 Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:

- a. à la fin du contrat de travail, sous réserve des dispositions de l'art. 17 des présentes CGA;
- b. en cas de non-paiement des primes selon l'art. 33 des présentes CGA;
- c. à la fin du contrat d'assurance ou dès sa suspension;
- d. au plus tard à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
- e. à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

Art. 12 Passage à l'assurance individuelle

1. La personne domiciliée en Suisse qui cesse d'appartenir au cercle des assurés, bénéficie du droit de poursuivre sa couverture dans l'assurance individuelle sans nouvelle réserve. Elle doit faire valoir son droit dans les 90 jours suivant le jour où elle quitte le cercle des assurés.
2. Le frontalier qui cesse d'appartenir au cercle des assurés, bénéficie du droit de poursuivre sa couverture dans l'assurance individuelle sans nouvelle réserve, s'il poursuit une activité salariée en Suisse. Il doit faire valoir son droit dans les 90 jours suivant le jour où il quitte le cercle des assurés.
3. Au moment du passage, les tarifs et conditions générales d'assurance individuelle en vigueur sont applicables. L'indemnité journalière est réduite proportionnellement si le nouveau revenu effectif ou l'indemnité de chômage sont inférieurs.
4. L'âge au moment de l'entrée dans l'assurance collective

est déterminant pour le calcul de la prime.

5. Le droit au passage en qualité d'assuré individuel n'existe pas:
 - a. en cas de résiliation du contrat d'assurance et de la reprise de celui-ci par un autre assureur pour le même cercle de personnes ou des parties de celui-ci;
 - b. pour l'indépendant, l'employeur et les membres de leur famille non assujettis à l'AVS;
 - c. pour la personne au bénéfice d'un contrat de travail de durée déterminée de 3 mois ou moins, ainsi que pour le personnel auxiliaire occupé occasionnellement;
 - d. si la personne quitte son emploi et passe dans l'assurance indemnité journalière d'un nouvel employeur;
 - e. pour la personne qui a atteint l'âge AVS ou pris sa retraite.

D. Prestations

Art. 13 Droit aux prestations

1. L'assuré en incapacité peut prétendre aux prestations assurées uniquement s'il subit une perte de salaire/de gain des suites d'une atteinte à la santé.
2. Dès l'instant où la reprise de la profession habituelle n'est plus possible, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain.
3. Seules l'incapacité et son éventuelle rechute qui surviennent durant la couverture d'assurance donnent un droit aux prestations. La convention de libre passage reste réservée.

4. Incapacité partielle

- a. L'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25%.
- b. Les jours d'incapacité inférieure à ce taux, ne sont pas pris en compte pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.
- c. Les jours d'incapacité partielle supérieure ou égale à ce taux sont comptés comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.

5. Annonce de l'incapacité

- a. Chaque incapacité d'au moins 25% doit être annoncée à l'assureur dans les 15 jours qui suivent sa survenance. Après ce délai, le jour où l'assureur a pris connaissance de l'incapacité est réputé comme premier jour d'incapacité.
- b. Si l'annonce est intervenue tardivement pour des motifs excusables, le versement d'indemnités journalières est limité à 180 jours précédant le jour de la communication.

6. Attestation médicale de l'incapacité

- a. Si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité, l'assureur se réserve le droit de considérer le jour de l'établissement dudit certificat comme étant le premier jour d'incapacité.
- b. L'assureur paie l'incapacité médicalement attestée et prouvée. Pour les incapacités de plus de 3 jours, l'établissement d'un certificat médical est obligatoire. Une attestation du médecin, basée sur des consultations régulières au cabinet, doit être remise à l'assureur au moins une fois par mois.

7. Délai d'attente

- a. L'indemnité journalière due est versée après l'expiration du délai d'attente choisi, pour chaque jour d'incapacité (dimanches et jours fériés y compris).

- b. Si le délai d'attente par incapacité est prévu dans la police, il s'applique à chaque incapacité donnant droit à des prestations. En cas de rechute, seul l'éventuel délai d'attente restant est appliqué.
- c. Si le délai d'attente par année civile est prévu dans la police, il s'applique une seule fois par année civile pour une ou plusieurs incapacités donnant droit à des prestations. En cas d'incapacité sans interruption sur plusieurs années, le délai d'attente ne s'applique qu'une seule fois.
- d. Si le délai d'attente par année de service est prévu dans la police, il s'applique une seule fois par année de service pour une ou plusieurs incapacités donnant droit à des prestations. En cas d'incapacité sans interruption sur plusieurs années de service, le délai d'attente ne s'applique qu'une seule fois. On entend par année de service, une période de 365 jours consécutifs pendant laquelle un rapport de travail existe avec le preneur d'assurance.
- e. Lorsque l'incapacité en cours n'est plus due à un accident mais à une maladie, ou inversement, le délai d'attente est applicable au nouveau risque (accident, maladie), sauf lorsque les deux risques sont couverts par le même assureur.
- f. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations.

Art. 14 Prestations dès le versement de la rente vieillesse de l'AVS

Dès le versement de la rente de vieillesse de l'AVS, l'assuré a droit à un maximum de 180 indemnités journalières pour une ou plusieurs incapacités. Si une incapacité a débuté avant le versement de la rente AVS, le droit aux prestations est limité au solde des prestations prévues dans la police, mais à 180 jours au maximum, pour autant que le maintien du contrat de travail ait été décidé avant l'incapacité.

Art. 15 Prestations en cas de contrat de travail de 3 mois ou moins

La durée des prestations pour les assurés au bénéfice d'un contrat de travail d'une durée de 3 mois ou moins est limitée à 90 jours.

Art. 16 Fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse pour chaque assuré:

- a. à la suspension de la couverture d'assurance suite au non-paiement des primes;
- b. à l'épuisement du droit maximal aux prestations;
- c. à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
- d. à la résiliation du contrat d'assurance, sous réserve du cas en cours non repris par un autre assureur.

Art. 17 Incapacité en cours à la fin du contrat de travail

- 1. La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations sont maintenus pour l'incapacité en cours à la fin du contrat de travail.
- 2. L'incapacité ayant donné droit aux prestations est à charge du contrat collectif.
- 3. La convention de libre passage reste réservée.

Art. 18 Epuisement

- 1. Les atteintes à la santé en relation avec un cas concerné par l'épuisement du droit aux prestations ne sont plus couvertes et ne donnent plus droit à des prestations, sous réserve de la perte de gain additionnelle selon l'art. 29 des présentes CGA.
- 2. L'assuré ne peut empêcher l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à celle-ci. Dans ce cas, l'assureur verse les prestations selon l'évaluation de l'incapacité par le médecin-conseil.

Art 19 Calcul de l'indemnité journalière

- 1. Le salaire AVS dû par l'entreprise assurée constitue la base du calcul de l'indemnité journalière. Le salaire et part de salaire non soumis AVS en raison de l'âge de la personne assurée, ainsi que les allocations familiales dès l'instant où elles ne sont plus perçues par un ayant droit, sont également pris en compte.
- 2. Pour les éléments du salaire soumis AVS non encore versés au moment du sinistre et auxquels la personne pourrait prétendre, l'indemnité journalière correspondante est déterminée en divisant par 365 lesdits éléments perçus pendant les 12 mois précédant l'incapacité, mais au plus tôt depuis la date d'engagement.
- 3. L'augmentation de salaire durant une incapacité peut être prise en compte si elle a été convenue avant l'incapacité ou si elle est prévue par une convention collective de travail.
- 4. Si l'indemnité est exprimée en pourcentage du salaire, elle est calculée pour les salaires horaires et les salaires mensuels, mais au maximum selon les règles prévues par la convention collective, comme suit:

Salaire horaire:

Salaire horaire de base brut (éventuellement avec 13^e salaire) multiplié par:

nombre d'heures hebdomadaires ou annuelles moyen multiplié par:

52 semaines (si nombre d'heures hebdomadaires) divisé par:

365 jours (y compris année bissextile) multiplié par:

pourcentage de couverture fixé.

Avec cette méthode, les suppléments pour vacances et jours fériés sont inclus dans le calcul de l'indemnité journalière. Pour le salaire horaire de base brut, les jours fériés et les vacances ne sont pas ajoutés au salaire horaire de base.

Salaire mensuel:

Salaire mensuel multiplié par:

12 mois (ou 13 mois, si 13^e salaire) divisé par:

365 jours (y compris année bissextile) multiplié par:

pourcentage de couverture fixé.

- 5. Si la personne assurée exerce une activité lucrative irrégulière ou si son salaire est soumis à de fortes fluctuations, l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu pendant les 12 mois précédant l'incapacité.

Art. 20 Congé non payé

- 1. Lors d'un congé non payé, la couverture est maintenue pour une durée maximale de 12 mois.
- 2. Le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité. Le droit aux prestations débute au plus tôt le jour du retour au travail prévu.

Art. 21 Prestations en cas de décès

En cas de décès de l'assuré résultant d'une incapacité donnant droit à des prestations, l'assureur verse au preneur d'assurance l'indemnité journalière dans les limites du droit aux prestations et des dispositions de l'article 338 CO.

Art. 22 Prestations en cas de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé

1. En cas de congé de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé, l'assureur complète l'indemnité journalière versée par la LAPG dans la limite des prestations assurées.
2. L'indemnité est subordonnée au droit aux prestations selon la LAPG et est versée pour la même durée.

Art. 23 Prestations hors des environs du domicile

1. En vertu de l'art. 38 al. 1 des présentes CGA:
 - a. En cas de survenance d'une incapacité hors des environs du domicile (rayon de 200 km) de l'assuré, celui-ci a droit aux prestations aussi longtemps qu'il apporte la preuve qu'un retour n'est médicalement pas possible, notamment durant la période où il se trouve hospitalisé;
 - b. Pendant son incapacité, l'assuré qui désire s'absenter des environs de son domicile (rayon de 200 km), doit en informer préalablement l'assureur. Après analyse des circonstances, ce dernier peut décider de poursuivre l'octroi des indemnités journalières pendant une période limitée. En l'absence de l'accord de l'assureur, les prestations sont refusées durant le séjour hors des environs du domicile.
2. Le travailleur détaché a droit aux prestations aussi longtemps qu'il reste au bénéfice d'une couverture selon la LAA et ensuite dès son retour en Suisse.

Art. 24 Incapacité causée par faute

L'assureur renonce à user du droit que lui confère la LCA de réduire ses prestations pour les maladies causées par une faute grave de la personne assurée.

Art. 25 Limitation du droit aux prestations

1. Les prestations sont refusées:
 - a. en cas de réserve ou de réticence;
 - b. en cas d'incapacité résultant d'une intervention esthétique volontaire non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins;
 - c. en cas d'incapacités dues à des tremblements de terre;
 - d. en cas d'incapacités dues à des événements de guerre:
 - en Suisse;
 - à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que l'incapacité survienne dans les 3 mois après le début de ces événements;
 - e. lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;
 - f. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par les

- rayonnements nucléaires, à l'exception des atteintes à la santé consécutives à un traitement médical;
- g. en cas d'incapacités lors de service militaire à l'étranger.
2. Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement:
 - a. si l'accident est causé par la faute de l'assuré, en cas de dangers extraordinaires ou d'entreprises téméraires au sens de la LAA;
 - b. si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas les obligations citées aux articles 37 et 38 des présentes CGA;
 - c. si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable. Dans ce cas, l'assureur se réserve en outre le droit de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;
 - d. si l'assuré refuse de fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations;
 - e. si l'assuré ne procède pas ou pas à temps à une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. Dans ce cas, les indemnités journalières sont suspendues jusqu'au jour du dépôt de la demande.
3. Durant les périodes de suspension pour non-paiement des primes au sens de l'art 33 des présentes CGA:
 - Les sinistres survenus ne sont pas couverts.
 - Pour les sinistres en cours, le versement reprend à la date où les arriérés de primes ont été acquittés. Dans ce cas, les jours d'incapacité sont imputés sur la durée du droit aux prestations.
4. Le droit aux prestations est suspendu aussi longtemps que la personne assurée est au bénéfice d'indemnités de l'assurance-maternité fédérale selon la LAPG ou cantonale. A défaut d'assurance-maternité fédérale selon la LAPG ou cantonale, le droit aux prestations est suspendu durant les 56 jours suivant l'accouchement si la grossesse a duré au moins 23 semaines.
L'article 26 des présentes CGA demeure réservé.

E. Prestations complémentaires

Art. 26 Prestations maternité

1. Cette couverture est accordée si elle est souscrite dans la police.
2. L'indemnité maternité est subordonnée au droit aux prestations fédérales selon la LAPG ou cantonales.
3. Si le versement des prestations fédérales selon la LAPG ou cantonales est prolongé en cas d'hospitalisation du nouveau-né, le versement de l'indemnité maternité est également prolongé pour une durée équivalente.
4. Les prestations fédérales selon la LAPG et/ou cantonales sont déduites du montant à verser par l'assureur.

Art. 27 Prestations paternité

1. Cette couverture est accordée si elle est souscrite dans la police.
2. L'indemnité paternité est subordonnée au droit aux pres-

tations fédérales selon la LAPG ou cantonales.

3. Les prestations fédérales selon la LAPG et/ou cantonales sont déduites du montant à verser par l'assureur.

Art. 28 Prestations en cas d'adoption

1. Si la prestation complémentaire en cas de maternité et/ou de paternité est prévue dans la police, celle-ci est également accordée en cas d'adoption, pour autant que des prestations selon les réglementations fédérales ou cantonales soient octroyées.
2. L'adoption de l'enfant du conjoint de la personne assurée n'ouvre pas de droit aux prestations.

Art. 29 Perte de gain additionnelle

1. Si elle est souscrite dans la police, la perte de gain additionnelle assure le salaire obtenu grâce à la capacité de travail que l'assuré exploite concrètement et durablement au sein de l'entreprise après avoir épuisé son droit aux prestations. L'assuré bénéficie alors d'une nouvelle couverture de 180 jours durant une période de 5 ans depuis l'épuisement.
2. Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité de travail, mais n'est pas imputé sur la durée des 180 jours.
3. L'assuré ne peut avoir droit plus d'une fois aux prestations de la couverture additionnelle.
4. Si à l'échéance de la période des 5 ans depuis le début de la couverture additionnelle l'assuré n'a pas épuisé les prestations de ladite couverture, il bénéficie à nouveau du droit à la couverture principale.
5. La perte de gain additionnelle est strictement rattachée au contrat collectif de l'entreprise dans le but de favoriser la réinsertion. L'employé qui cesse d'appartenir au cercle des assurés ne bénéficie pas du libre passage pour cette prestation.

F. Coordination des prestations

Art. 30 Prestations de tiers

1. L'assureur intervient subsidiairement à tout autre assureur social ou privé couvrant la perte de salaire/gain de l'assuré, et ceci dans les limites de la couverture prévue dans la police.
2. Si un tiers réduit ses prestations pour cause de sanction, l'assureur ne compense pas la diminution qui en résulte.
3. Lorsque plusieurs assureurs privés couvrent la perte de salaire/gain, le total des prestations qu'ils allouent ne peut dépasser la perte subie. Dans cette éventualité, l'assureur indemnise la perte de salaire/gain en proportion de l'indemnité journalière qu'il assure par rapport au total des indemnités journalières assurées.
4. Dès la survenance du risque assuré, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations contractuelles, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable.
5. Si, sans l'accord de l'assureur, l'assuré passe, avec un tiers tenu à prestations, une convention dans laquelle il renonce totalement ou partiellement aux prestations d'assurance ou de la réparation due, les prestations contractuelles correspondantes sont réduites en conséquence.
6. Dans les limites du droit aux prestations, l'assureur avance les prestations aussi longtemps que l'assurance-invalidité (LAI), l'assurance-accidents (LAA), l'assurance militaire

(LAM), une institution de prévoyance professionnelle (LPP) voire un assureur étranger ou privé n'établissent pas un droit à une rente. Dès l'octroi de la rente par l'une ou plusieurs des institutions précitées, l'assureur est en droit de demander directement, auprès de ces dernières ou d'un éventuel autre tiers, le remboursement des avances concédées. Le montant restitué reste acquis à l'assureur.

7. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours où les prestations sont réduites ou ceux où l'assureur ne doit rien verser en raison de prestations de tiers comptent comme jours pleins.
8. En référence notamment aux conventions de libre passage, la durée durant laquelle les indemnités journalières ont été allouées par les précédents assureurs est imputée sur la durée maximale du droit aux prestations de l'assurance collective.

Art. 31 Surindemnisation

Les prestations de l'assureur ou leur concours avec celles d'autres assureurs ne doivent pas entraîner de surindemnisation de l'assuré. La surindemnisation, à savoir la part de l'indemnité journalière versée supérieure à la perte de salaire/ gain effective ou au plus aux prestations prévues dans la police, est compensée avec les prestations en cours ou doit être remboursée à l'assureur.

G. Primes

Art. 32 Calcul de la prime

Le salaire AVS dû par l'entreprise assurée constitue la base du calcul de la prime. Le salaire et part de salaire non soumis AVS en raison de l'âge de la personne assurée, ainsi que les allocations familiales sont également pris en compte.

Art. 33 Paiement des primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans la police.
3. Les acomptes de primes exigibles au cours de l'année civile d'assurance sont considérés comme des montants échelonnés à payer en vertu des délais octroyés. Ils peuvent être adaptés en tout temps à l'évolution de la masse salariale en cours d'année.
4. Lorsque la prime ou les acomptes ne sont pas payés dans les délais, l'assureur somme le débiteur de s'en acquitter, avec les frais, dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation et lui rappelle les conséquences de la demeure. Si la prime arriérée majorée des frais n'est pas acquittée dans le délai imparti, les obligations de l'assureur sont suspendues à l'expiration de ce délai.
5. Si l'assureur ne poursuit pas le paiement de la prime arriérée en question et des frais dans les deux mois suivant l'expiration du délai de 14 jours, le contrat est réputé résilié.

Art. 34 Adaptation du taux de prime

1. Sauf accord explicite mentionné dans la police, l'assureur est en droit d'adapter annuellement le taux de primes à l'évolution des sinistres ou en cas de modification du tarif des primes. Les adaptations s'effectuent pour le 1^{er} janvier de chaque année. L'assureur informe le preneur d'assurance du nouveau taux de prime au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours. En cas

d'augmentation du taux de prime, le preneur d'assurance peut faire valoir un droit de résiliation avant la fin de l'année civile (date de réception par l'assureur).

2. Le taux de prime peut être adapté lors de l'entrée en vigueur de nouvelles circonstances (par exemple modification de l'activité de l'entreprise, fusion, scission, absorption) ou lors de restructuration, pour autant que la masse salariale varie de 10% ou plus. En cas d'augmentation du taux de prime, le preneur d'assurance peut faire valoir un droit de résiliation dans les 30 jours à compter de la communication (date de réception par l'assureur).

Art. 35 Décompte de prime

Le décompte définitif de la prime est établi à la fin de l'exercice qui correspond à l'année civile, sur la base des documents fournis par le preneur d'assurance, conformément à l'article 37 des présentes CGA.

Art. 36 Participation aux excédents

1. Si la police le prévoit, le preneur d'assurance reçoit une part de l'éventuel excédent de primes.
2. Le décompte est effectué 5 mois au plus tôt après la fin de la période de décompte, pour autant que les primes pour ladite période soient entièrement payées.
3. Les prestations versées pour la période du décompte sont déduites de la part déterminante des primes payées selon les dispositions prévues dans la police. Si un excédent est dégagé, le preneur d'assurance reçoit la part convenue dans la police.
4. Si la police d'assurance est résiliée pour la fin d'une période de décompte de participation aux excédents, le calcul de cette participation est reporté jusqu'à la clôture de l'ensemble des incapacités de travail à charge du contrat collectif. Les prestations versées après la résiliation sont également imputées dans ce calcul.
5. Lorsque les sinistres afférents à une période de décompte clôturée sont annoncés ou indemnisés après l'établissement du décompte, un nouveau décompte de participation est établi. L'assureur demande la restitution des excédents versés en trop.
6. Une éventuelle participation aux excédents est versée pour autant que la police d'assurance ait été en vigueur jusqu'à la fin de la période de décompte.
7. Seules les primes et prestations relatives aux indemnités journalières maladies et accidents sont prises en compte dans le calcul de la participation aux excédents.

H. Obligations

Art. 37 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assuré sur ses droits et obligations qui découlent de l'assurance, en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsque les rapports de travail ou le contrat d'assurance prennent fin.
2. En vertu du devoir d'information (art. 3 LCA), il est également tenu d'informer les personnes assurées sur les éléments essentiels du contrat.
3. Le preneur d'assurance doit faire en sorte d'annoncer

chaque incapacité à l'assureur conformément à l'art. 13 al. 5 des présentes CGA.

4. Le preneur d'assurance communique immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité.
5. Lors de la facturation définitive, le preneur d'assurance remet à l'assureur le formulaire de déclaration de salaires et, sur demande, les décomptes AVS des personnes assurées. Si le formulaire de décompte de salaires n'est pas fourni dans les 30 jours dès la demande de l'assureur, ce dernier somme le preneur d'assurance. Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent. L'article 33 des présentes CGA est applicable par analogie pour le paiement de la prime complémentaire.
6. Le preneur d'assurance est tenu d'autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter au besoin les livres et les pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS, à défaut de quoi l'assureur se réserve le droit de suspendre ses obligations.
7. Le preneur d'assurance s'engage à fournir à l'assureur, de son propre chef ou sur demande, tout document de nature à établir le droit aux prestations (procuration, certificats médicaux, pièces comptables ou administratives, etc.). L'assureur se réserve le droit de vérifier la vraisemblance du salaire déclaré.
8. Le preneur d'assurance doit informer l'assureur d'une éventuelle aggravation du risque (p. ex. modification de l'activité de l'entreprise ou de la profession assurée).
9. Le non-respect de ces obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations conformément à l'art. 25 des présentes CGA.

Art. 38 Obligations de l'assuré

1. Durant son incapacité, l'assuré doit rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur).
2. L'assuré fournit à l'assureur, de son propre chef ou sur demande, tout document de nature à établir le droit aux prestations (procuration, certificats médicaux, pièces médicales, décision et/ou décompte d'autres assureurs, etc.). Il avertit aussi immédiatement l'assureur de tout changement de sa situation susceptible d'influencer son droit aux prestations (modification du taux d'incapacité, inscription à l'assurance chômage, droit à des prestations de tiers, etc.).
3. L'assuré délève le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur.
4. L'assuré doit collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteur de sinistres, gestionnaire, médecins, etc.). Il doit notamment suivre leurs prescriptions, fournir les documents demandés et répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées par l'assureur.
5. L'assuré a l'obligation de déposer une demande de prestations auprès de l'Assurance Invalidité au plus tard dans les 6 mois qui suivent le début de l'incapacité ou, sur invitation de l'assureur, auprès d'une autre institution sociale.
6. L'assuré a l'obligation de diminuer le dommage, ce qui inclut notamment la collaboration avec les institutions d'assurance sociale (assurance-invalidité, assurance-accidents, assurance militaire, etc.).
7. L'assuré participe, dans les limites de ce qui peut raison-

nablement être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle susceptibles d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

8. Au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité, l'assuré doit consulter un médecin autorisé à son cabinet et suivre ses prescriptions.
9. Le non-respect de ces obligations peut amener à des sanctions de la part de l'assureur pouvant aller jusqu'au refus des prestations conformément à l'art. 25 des présentes CGA.
10. Lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigation engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.

I. Dispositions diverses

Art. 39 Cession et mise en gage des prestations

Le preneur d'assurance ne peut ni céder, ni mettre en gage sa créance envers l'assureur, sans consentement de celui-ci.

Art. 40 Clause courtier

Le preneur d'assurance peut mandater un courtier afin de mener les relations d'affaires avec l'assureur. Dans ce cas, les données sont considérées comme arrivées chez le preneur d'assurance lorsqu'elles parviennent au courtier.

Art. 41 Communications

1. Toutes les communications doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indiquées sur les documents officiels de l'assureur ou par tout autre moyen mis à disposition par celui-ci, exception faite des réseaux sociaux.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse postale ou électronique indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré. Ces communications peuvent être transmises par les autres moyens mis à disposition par l'assureur.

Art. 42 Lieu d'exécution

Sauf dispositions particulières contraires, les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire suisse et en francs suisses.

Art. 43 For

En cas de contestation, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.

Art. 44 Protection des données

Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Assurances GMA SA, votre assureur, a délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après: Groupe Mutuel), le traitement des données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, des personnes assurées et, le cas échéant, de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après: personnes concernées).

Groupe Mutuel Assurances GMA SA et Groupe Mutuel Services SA sont des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA. Elles sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des

données (LPD).

Par données personnelles, on entend notamment les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles, on entend notamment les informations relatives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres.

Base juridique

Le Groupe Mutuel traite les données personnelles et sensibles des personnes concernées et met en oeuvre les traitements sur la base des fondements juridiques suivants: le consentement des personnes concernées, respectivement le consentement exprès pour les données sensibles; les dispositions légales applicables aux activités du Groupe Mutuel (notamment la LPD); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et le preneur d'assurance; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant (au sens de la LPD) du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

Finalités

Les données personnelles et sensibles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect de ses obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économicité des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le déournement fiscal.

Sécurité

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurance et autres mandataires (par exemple un réassureur), s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires afin de respecter la législation relative à la protection des données. Ces dispositions comprennent notamment les mesures techniques, physiques et organisationnelles nécessaires pour préserver la sécurité des données personnelles et empêcher qu'elles ne soient modifiées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Transfert des données

Les données sont traitées de manière confidentielle et peuvent être communiquées à des tiers (par exemple: intermédiaires d'assurance, réassureurs, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée), y compris à l'étranger. Cette communication intervient sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement des personnes concernées. Le consentement doit être exprès s'il s'agit de données sensibles. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers, ces derniers s'engagent dans le cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux intermédiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au

Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en oeuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

Durée de conservation

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre le Groupe Mutuel, l'assuré, l'intermédiaire d'assurance ou des tiers l'exigent.

Droits d'accès et de rectification

Les personnes concernées ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante:

dataprotection@groupemutuel.ch.

De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.