grape

Information client selon l’art. 3 LCA

Cette information vous donne un aperçu des contenus essentiels des assurances perte de gain conformément à la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les droits et obligations des parties contractantes résultent notamment de la demande/de l'offre, de la police d'assurance, des Conditions Générales d'Assurance (CGA) et de la loi (LCA).

1. Qui est l'assureur et quels sont les risques assurés?

L'assureur de votre contrat est soit Quantum Leben AG (ci-après « Quantum Leben »), Städtle 18, 9490 Vaduz (Liechtenstein), soit Squarelife Insurance AG (ci-après « Squarelife »), Landstrasse 33, 9491 Ruggell (Liechtenstein). Votre contrat est porté par un seul de ces assureurs. L'assureur est déterminé par grape insurance AG selon des critères uniformes et figure dans votre offre ou votre proposition d'assurance ainsi que dans votre police d'assurance. Le preneur d'assurance ne dispose d'aucun droit de choisir l'assureur. grape insurance AG agit en qualité d'intermédiaire d'assurance lié au sens de l'art. 40 al. 3 LSA pour le compte des deux assureurs susmentionnés. En ce qui concerne votre contrat, elle agit exclusivement pour le compte de l'assureur mentionné dans votre police et dans les limites convenues contractuellement avec celui-ci.

Sauf disposition contraire dans le contrat, les prestations comprennent:

- les indemnités journalières en cas de maladie si l'incapacité de travail est d'au moins 25 % sur une durée maximale de 730 jours (limitée à 180 jours à l'âge AVS);
- l'allocation de maternité en complément des prestations de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG);
- l'allocation de paternité en complément de la LAPG.

Vous trouverez des informations détaillées sur la solvabilité et la situation financière des assureurs dans les rapports suivants (SFCR) : Quantum Leben respectivement Squarelife.

La société grape insurance AG est habilitée à agir librement au nom et pour le compte de l'assureur.

2. Quelles sont les bases contractuelles?

Les documents suivants sont réputés constituer les bases contractuelles:

- la demande d'assurance, y compris les éventuelles déclarations de santé;
- la police d'assurance;
- les Conditions particulières (CP) mentionnées dans la police d'assurance;
- les Conditions Générales d'Assurance (CGA);
- la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908.

Les conditions ou conventions particulières dérogeant aux Conditions Générales d'Assurance et/ou aux Conditions supplémentaires, ou qui les complètent, figurent dans la demande d'assurance ou la police d'assurance.

grape

3. Qui est assuré?

Les personnes assurées et les catégories de personnes sont mentionnées dans la demande d'assurance et la police d'assurance.

4. Quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

L'assurance perte de gain est une solution d'assurance individuelle adaptée à vos besoins. Les risques assurés et les prestations fournies par l'assureur, de même que l'étendue de la couverture d'assurance que vous avez souhaitée, dépendent de votre demande ou de votre police d'assurance, ainsi que des dispositions y afférentes dans les Conditions Générales d'Assurance et les Conditions particulières, ainsi que des lois applicables. L'offre comprend, sauf indication contraire figurant au contrat:

- les indemnités journalières en cas de maladie;
- les indemnités journalières sont versées pour chaque jour civil d'incapacité de travail d'au moins 25 %. Ce droit commence à s'exercer après expiration du délai d'attente contractuel et à condition que la personne assurée appartienne toujours au cercle des personnes assurées à ce moment-là;
- l'allocation de maternité en complément des prestations de l'assurance maternité légale conformément à la LAPG;
- pour chaque accouchement, l'assureur verse les prestations convenues correspondant aux prestations allouées dans le cadre d'une assurance maternité légale;
- l'indemnité de paternité en complément d'une assurance paternité légale conformément à la LAPG;
- le salaire posthume en cas de décès;
- si une personne assurée décède des suites d'une maladie assurée, l'assureur verse le salaire dû par le preneur d'assurance aux survivants ayants droit conformément à l'art. 338, al. 2 CO.

Il s'agit en l'occurrence d'une assurance contre les dommages.

L'assureur renonce au droit de réduire les prestations en cas d'accident provoqué par une négligence grave.

Si l'assureur fournit des prestations à la place de tiers, il n'existe aucune obligation de verser des prestations à ces tiers pour les droits à prestations qu'il a satisfaits.

Si des assurances sociales sont tenues de verser des prestations, alors les indemnités journalières assurées sont réduites du montant des prestations versées par ces assurances sociales (indemnités journalières, rentes, etc.).

Si plusieurs assureurs sont tenus d'allouer des prestations, l'assureur participe au sinistre proportionnellement au rapport existant entre la somme d'assurance par lui et le montant total des sommes d'assurance.

5. Qu'est-ce qui, entre autres, n'est pas assuré?

Il n'y a aucun droit aux prestations d'assurance:

- en cas de participation à des actions de guerre, à des troubles et à des événements similaires, et pendant le service militaire à l'étranger;
- si la santé de la personne est altérée à la suite de radiations ionisantes n'ayant pas fait l'objet d'une prescription médicale;
- si la personne assurée quitte temporairement la Suisse ou son pays de résidence pendant son incapacité de travail sans l'accord de l'assureur, jusqu'à son retour en Suisse ou dans son pays de résidence;
- conséquences d'actes criminels, de bagarres et d'autres actes de violence;
- si, pendant son incapacité de travail, la personne assurée est placée en détention ou fait l'objet d'une sanction ou de mesures pénales;
- en cas d'incapacité de travail résultant d'opérations non justifiées sur le plan médical (p. ex. opérations de chirurgie esthétique).

6. Quelles sont les primes dues?

Le montant de la prime due dépend du type d'entreprise, des prestations choisies et de la sinistralité individuelle et collective. La prime due est calculée sur la base du salaire AVS soumis à cotisations du cercle de personnes considéré jusqu'à hauteur du salaire maximal fixé dans le contrat d'assurance.

Pour les personnes assurées qui sont désignées nommément au contrat d'assurance, c'est le salaire annuel convenu dans le contrat d'assurance pour la personne concernée qui est déterminant, sous réserve d'une éventuelle prime minimale.

La prime est prélevée une fois par an. Les détails découlent des dispositions de la police d'assurance. En cas de résiliation anticipée de l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie, la prime vous est en principe remboursée pro rata temporis.

7. Quelles sont vos principales obligations?

Vos obligations découlent de votre police d'assurance, des CGA, des CP et de la LCA. En conséquence:

- Vous devez remplir entièrement et conformément à la réalité tous les formulaires (p. ex. formulaire de demande et de santé) qui font partie intégrante de la demande. Dans le cas contraire, l'assureur peut résilier le contrat d'assurance, exclure des personnes assurées du contrat d'assurance, refuser des prestations ou demander la restitution des sommes correspondantes.
- Au moment de leur entrée dans l'assurance, vous devez informer les personnes assurées d'éventuelles restrictions de prestations.
- Vous devez signaler sans délai à l'assureur tout changement relatif aux faits importants déclarés dans la demande initiale conditionnant l'évaluation des risques qui survient pendant la durée du contrat d'assurance.
- Vous devez informer immédiatement l'assureur des assurances d'indemnité journalière existantes ou nouvellement conclues auprès d'autres assureurs.

- Vous devez payer les primes à l'échéance. Le non-paiement entraîne l'absence de couverture d'assurance. Même si vous payez la prime après une mise en demeure, l'assureur peut dans certaines circonstances ne pas devoir fournir de prestations pour les sinistres survenus entre-temps.
- Au terme de l'année d'assurance, vous devez fournir à l'assureur la déclaration des salaires accompagnée des documents nécessaires (déclaration AVS) dans un délai d'un mois.
- Vous devez déclarer les cas de prestations au plus tard 30 jours après la survenance de l'incapacité de travail. La déclaration doit être conforme à la vérité. Si la déclaration de maladie intervient plus tard, le délai d'attente commence seulement à courir le jour de la réception de l'avis d'incapacité de travail.
- Lors de la déclaration du cas de prestations, vous devez fournir à l'assureur toutes les informations nécessaires avec les indications de nature médicale et administrative.
- Sur demande, vous devez permettre à l'assureur de consulter les relevés de salaires.
- Vous devez informer les personnes assurées de leur droit de passage dans l'assurance individuelle en cas de départ de l'entreprise au moyen de la fiche d'information «départ de collaborateurs».

8. Quand commence et se termine l'assurance?

Le début et la durée de l'assurance figurent dans la police d'assurance. Si le contrat d'assurance n'est pas résilié à la fin de la durée du contrat, il est reconduit tacitement pour une année civile supplémentaire. Les principales possibilités de résiliation du contrat d'assurance sont les suivantes:

- résiliation du contrat d'assurance au plus tard trois mois avant l'expiration de la durée convenue;
- résiliation du contrat d'assurance dans les 30 jours suivant la réception de l'avis de votre assureur vous informant d'une modification de votre prime au début de l'année suivante qui s'avère désavantageuse pour vous;

- la cessation d'activité ou le transfert de votre siège social à l'étranger entraînent l'annulation du contrat d'assurance;
- l'assureur n'est pas lié par le contrat d'assurance et peut le résilier dans les cas suivants:
    - en cas d'arriérés de primes, conformément aux dispositions régissant les retards de paiement;
    - si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, vous avez dissimulé ou faussement déclaré un fait important pour l'appréciation du risque, que vous connaissiez ou deviez connaître;
    - si, au cours du contrat d'assurance, vous déclarez de manière erronée ou dissimulez des faits qui auraient pour effet d'exclure ou de limiter l'obligation de l'assureur de fournir des prestations;
- si vous résiliez votre contrat d'assurance au motif que vous ne saviez pas qu'une assurance multiple résulterait du contrat que vous avez conclu ultérieurement. Votre résiliation doit intervenir dans un délai de quatre semaines après avoir constaté l'assurance multiple. Si vous avez omis cette notification intentionnellement, ou si vous avez conclu l'assurance multiple dans l'intention d'en tirer un profit illicite, l'assureur n'est pas lié par le contrat.

Les assureurs renoncent à leur droit légal de résilier le contrat d'assurance collectif avec vous en cas de sinistre.

9. Quand commence et se termine la couverture d'assurance?

Pour la personne assurée, la protection d'assurance prend effet dès que son contrat de travail commence ou dès qu'elle est en droit de percevoir un salaire pour la première fois, et en tout cas dès lors qu'elle se déplace pour se rendre au travail.

La personne employée présentant un handicap partiel ou dont l'invalidité, en raison de son problème de santé, ne lui permet de travailler qu'à temps partiel dans l'entreprise assurée, doit être pleinement apte au travail à temps partiel le jour où commence son contrat de travail ou quand elle est en droit de

percevoir un salaire pour la première fois, et en tout état de cause, à partir du moment où elle se déplace pour se rendre au travail.

La protection d'assurance s'éteint pour la personne assurée:

- lorsque les rapports de travail qui la lient au preneur d'assurance prennent fin;
- en cas de maintien de son emploi en âge AVS lorsqu'elle atteint l'âge de 70 ans révolus;
- par épuisement définitif du droit aux prestations conformément à la durée des prestations convenue dans la police d'assurance, sans recours à une capacité résiduelle de gain;
- en cas de décès;
- lorsque le contrat d'assurance prend fin.

10. Que se passe-t-il en cas de bonne sinistralité?

Une participation aux excédents peut être convenue. Si une participation aux excédents est convenue, le preneur d'assurance reçoit une participation à un excédent éventuel résultant de son contrat d'assurance après trois années d'assurance complètes (= période de décompte).

L'excédent est calculé en déduisant de la part de prime afférente à la période de décompte le montant des prestations d'assurance fournies. La part déterminante de la prime et le système de participation aux excédents sont mentionnés dans la police d'assurance. Le décompte est établi dès le paiement des primes afférentes à la période de décompte et après règlement définitif des sinistres correspondants.

Les pertes ne sont pas reportées sur la période de décompte suivante.
Si des cas de maladie et les conséquences d'accidents sont déclarés tardivement après l'établissement du décompte, ou que des paiements supplémentaires interviennent, et que ces événements sont rattachés à la période du décompte déjà clôturé, alors un nouveau décompte est établi pour déterminer le montant de la participation aux excédents. L'assureur peut alors demander la restitution des parts d'excédents déjà versées.

11. Qu’en est-il de la protection des données?

Conformément au point 1, l’assureur charge la société grape insurance AG de traiter les données personnelles (p. ex. des données à caractère personnel, des informations sur l’état de santé, la vérification des informations fournies dans la demande, le recouvrement, le traitement des prestations) nécessaires à l’exécution du contrat d’assurance selon la LCA. En cas de procuration, des renseignements peuvent être collectés auprès de tiers (assureurs, médecins, hôpitaux, etc.).

Les dispositions légales en matière de protection des données sont prises en compte lors du traitement. Le traitement des données est effectué exclusivement par des personnes autorisées à le faire dans le cadre d’un contrat de travail avec l’assureur ou par des personnes habilitées dans le cadre d’un engagement contractuel. Les données personnelles ne sont pas transmises à des tiers. Font exception à cette règle les cas où la transmission de données est autorisée par la loi ou quand la personne assurée y a consenti.

Dans le cadre de l’obligation légale de conservation, les données sont conservées physiquement et/ou électroniquement, et sont protégées contre les accès non autorisés par des mesures techniques et organisationnelles appropriées.

Outre l’obligation légale de conservation, des données personnelles sont conservées lorsqu’elles sont nécessaires pour faire valoir et défendre des droits juridiques.

Dans ce cadre, la durée de conservation dépend notamment des délais de prescription légaux ou de la durée pendant laquelle il est possible de faire valoir des droits auprès des assureurs. Après expiration de l’obligation légale de conservation ou de la conservation extraordinaire, les données personnelles sont supprimées/effacées.

La personne assurée a le droit de demander les informations prévues par la loi quant au traitement des données la concernant. Le consentement au traitement des données peut être révoqué à tout moment.

Vous avez des questions?

Votre contact pour les déclarations de sinistres:
grape insurance AG
Hardturmstrasse 132
8005 Zürich

+ 41 43 508 50 57
Du lundi au vendredi: 9 h – 12 h et 13 h – 17 h
claiming@grapehealth.ch

La présente version française est fournie à titre informatif.
En cas de divergence, la version allemande fait foi.