

ASSURANCE ACCIDENTS selon la LAA

Dispositions générales du contrat

1 Personnes assurées

1.1 Personnes assurées obligatoirement

Tous les travailleurs, y compris les travailleurs à domicile, les stagiaires et les volontaires ainsi que tous les apprentis, doivent être assurés. Les membres de la famille de l'employeur sont également soumis à l'assurance obligatoire pour autant qu'ils reçoivent un salaire en espèces et/ou versent des cotisations AVS. Les personnes qui exercent une activité ou une fonction accessoire doivent également être assurées pour cette occupation annexe, à titre obligatoire, si les salaires qu'elles en retirent donnent lieu au prélèvement de cotisations AVS.

Dans les exploitations agricoles, les personnes suivantes sont assimilées aux agriculteurs indépendants et de ce fait ne sont pas assurées à titre obligatoire : les parents de l'exploitant en ligne directe ascendante ou descendante et leurs épouses, ainsi que les gendres de l'exploitant qui, selon toute vraisemblance, reprendront l'entreprise pour l'exploiter personnellement.

1.2 Personnes assurées à titre facultatif

Par convention particulière peuvent s'assurer à titre facultatif : les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, ainsi que les membres de leur famille qui collaborent à l'entreprise, s'ils ne sont pas assurés à titre obligatoire (voir aussi chiffre 9).

2 Etendue de la garantie d'assurance

2.1 Accidents assurés

Les prestations de l'assurance sont accordées pour les accidents professionnels et non professionnels. Les maladies professionnelles sont assimilées aux accidents professionnels.

2.2 Travailleurs à temps partiel

Les travailleurs à temps partiel ne sont assurés que pour les accidents professionnels si leur horaire de travail n'atteint pas, et chez aucun des employeurs qui les occupent, 8 heures par semaine. Pour ces personnes, les accidents survenant sur le chemin du travail sont également considérés comme accidents professionnels.

2.3 Début, fin et suspension de l'assurance pour les travailleurs

La garantie d'assurance débute le jour où le travailleur commence ou aurait dû commencer le travail et dans tous les cas, dès le moment où il prend le chemin pour se rendre au travail.

Elle cesse de produire ses effets à l'expiration du 30ème jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins. Sont également considérées comme salaire les indemnités journalières de l'assurance accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de l'assurance invalidité (AI), les allocations pour perte de gain au militaire (APG) et de l'assurance chômage, ainsi que celles des caisses maladie et des assurances maladie et accidents privées, pour autant qu'elles remplacent l'obligation légale de verser le salaire en cas d'empêchement du travailleur.

La garantie d'assurance est suspendue lorsque l'assuré est soumis à l'assurance militaire ou à une assurance accidents obligatoire étrangère.

2.4 Assurance convention LAA

L'assurance des accidents non professionnels peut être prolongée pendant 180 jours au plus, par convention particulière. La convention doit être conclue avant l'expiration de la garantie d'assurance, c'est-à-dire dans les 30 jours qui suivent l'expiration du droit au demi-salaire au moins. La formule de souscription doit être demandée au siège de la Compagnie ou à l'une de ses agences.

3 Prestations de l'assurance

3.1 Prestations pour soins et remboursement de frais

3.1.1 Traitement médical

Sont remboursés les frais pour :

- le traitement ambulatoire dispensé par un médecin, un dentiste ou sur leur prescription, par du personnel paramédical, ainsi que par un chiropraticien;
- les médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital;
- les cures complémentaires et cures de bains prescrites par le médecin;
- les moyens et appareils servant à la guérison.

3.1.2 Traitement médical à l'étranger

Les frais occasionnés par un traitement médical à l'étranger sont remboursés jusqu'au maximum du double du coût en Suisse pour le même traitement.

3.1.3 Soins à domicile

Sont remboursés les frais résultant de soins à domicile nécessaires, à condition qu'ils soient donnés par des personnes habilitées à donner des soins à domicile.

3.1.4 Moyens auxiliaires

L'assuré a droit aux moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction (par ex. prothèses, appareils acoustiques).

3.1.5 Dommages matériels

Sont indemnisés les dommages causés par un accident aux objets qui remplacent une partie du corps ou une fonction corporelle (par ex. dommages aux prothèses existantes). Les frais de lunettes, d'appareils acoustiques et de prothèses dentaires ne sont pris en charge que si la lésion corporelle nécessite un traitement.

3.1.6 Frais de voyage, de transport et de sauvetage

Sont remboursés les frais nécessaires pour le sauvetage, ainsi que ceux pour le voyage et le transport, s'ils sont médicalement nécessaires.

A l'étranger, le remboursement des frais nécessaires pour le sauvetage, le voyage et le transport est accordé, mais jusqu'au 20 % du salaire annuel maximal assurable.

3.1.7 Frais de transport du corps

Les frais nécessités par le transport d'un corps au lieu d'inhumation sont en général remboursés.

A l'étranger, le remboursement des frais nécessités par le transport d'un corps au lieu d'inhumation est accordé, mais jusqu'au 20 % du salaire annuel maximal assurable.

3.1.8 Frais funéraires

Les frais d'ensevelissement sont remboursés dans la mesure où ils n'excèdent pas sept fois le gain journalier maximal assurable.

3.2 Prestations en espèces

3.2.1 Indemnité journalière

Droit et montant

Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière.

L'indemnité journalière est versée dès le 3ème jour qui suit celui de l'accident. Elle correspond, en cas d'incapacité totale de travail, à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

L'indemnité journalière n'est pas accordée aussi longtemps qu'une indemnité journalière de l'AI est versée.

Déduction lors d'un séjour dans un établissement hospitalier

Lors d'un séjour dans un établissement hospitalier, une déduction pour les frais d'entretien est opérée sur l'indemnité journalière :

- a) 20 %, au maximum Fr. 20.- pour les personnes seules sans obligation d'entretien ou d'assistance;
- b) 10 %, au maximum Fr. 10.- pour les mariés et les personnes seules avec obligation d'entretien ou d'assistance, pour autant que la lit. c) ne soit pas applicable;
- c) aucune déduction pour les mariés ou les personnes seules qui ont à leur charge des enfants mineurs ou aux études.

3.2.2 Rente d'invalidité

Droit et montant

Si l'assuré devient invalide à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Elle s'élève, en cas d'invalidité totale, à 80 % du gain assuré. Si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence.

Si l'assuré a droit à une rente de l'assurance invalidité (AI) ou à une rente de l'assurance vieillesse et survivants (AVS), une rente complémentaire lui est alors versée, de manière qu'aux rentes de l'AVS ou de l'AI s'ajoute le montant nécessaire pour atteindre 90 % du gain assuré, mais au plus le montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle.

Révision

Si le degré d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification déterminante, la rente est, pour l'avenir, augmentée ou réduite proportionnellement, ou supprimée.

3.2.3 Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Si, à la suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable en capital pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assurable.

3.2.4 Allocation pour impotent

Si, en raison de son invalidité, l'assuré a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie, il a droit à une allocation mensuelle pour impotent, qui varie entre 2 et 6 fois le montant maximum du gain journalier assurable.

3.2.5 Rentes de survivants

Lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants au sens des dispositions légales ont droit à des rentes de survivants.

Les rentes de survivants, exprimées en % du gain assuré, se montent

pour les veuves et les veufs	à	40 %
pour les orphelins de père ou de mère	à	15 %
pour les orphelins de père et de mère	à	25 %
en cas de concours de plusieurs survivants	à	70 % au plus et en tout.

Si les survivants ont droit à des rentes de l'AVS ou de l'AI, une rente complémentaire est alors versée à l'ensemble des bénéficiaires, de manière qu'aux rentes de l'AVS ou de l'AI s'ajoute le montant nécessaire pour atteindre 90 % du gain assuré, mais au plus le montant découlant de l'échelle ci-dessus.

3.3 Gain assuré

Les indemnités journalières et les rentes sont calculées sur la base du salaire assuré. Le gain assuré est égal au salaire déterminant pour l'AVS jusqu'à concurrence du montant maximum prescrit par la législation. Les salaires non soumis à l'AVS à cause de l'âge de l'assuré, ainsi que les allocations familiales qui sont accordées à titre d'allocation pour enfants, de formation ou de ménage, font partie également du salaire assuré.

3.4 Adaptation des rentes au renchérissement

Les rentes seront, en règle générale, adaptées au renchérissement tous les deux ans, sur la base de l'indice suisse des prix à la consommation.

3.5 Réduction et refus des prestations d'assurance

3.5.1 Concours de diverses causes de dommage

Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité, ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident.

3.5.2 Accidents causés par faute

Si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires.

Si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave, les indemnités journalières versées pendant les deux premières années qui suivent l'accident sont réduites dans l'assurance des accidents non professionnels.

Si l'assuré a provoqué l'accident en commettant un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être réduites, ou dans les cas particulièrement graves, refusées.

Si un survivant a provoqué intentionnellement le décès de l'assuré, il n'a pas droit aux prestations en espèces.

3.5.3 Dangers extraordinaires

Toutes les prestations sont refusées pour les accidents non professionnels survenant lors de service militaire étranger, de participation à des actions guerrières ou à des actes de terrorisme ou de banditisme.

Les prestations en espèces seront réduites de moitié au moins pour les accidents non professionnels survenant

- lors de participation à des rixes ou des bagarres, à moins que l'assuré n'ait été blessé par les protagonistes alors qu'il ne prenait aucune part à cet événement ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
- lors des dangers auxquels l'assuré s'est exposé en provoquant gravement autrui;
- lors de participation à des désordres.

3.5.4 Entreprises téméraires

En cas d'accidents non professionnels dus à des entreprises téméraires, les prestations en espèces sont réduites de moitié et, dans les cas particulièrement graves, refusées. Par entreprises téméraires, il faut entendre les actes par lesquels l'assuré provoque un danger particulièrement grand, sans prendre - ou sans pouvoir prendre - les mesures destinées à ramener ce risque à des proportions raisonnables. Les actes de sauvetage de personnes sont cependant couverts, même s'ils constituent des entreprises téméraires.

4 Acceptation du contrat, droit de rectification

Si la teneur du contrat ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur doit en demander la rectification dans les 30 jours à partir de la réception de l'acte, faute de quoi la teneur en est considérée comme acceptée.

5 Durée du contrat, résiliation

Le contrat est conclu pour cinq ans. Il peut être résilié pour la fin de cette durée contractuelle. A défaut de dénonciation, il se renouvelle tacitement d'année en année. Le délai de résiliation est de trois mois. La résiliation est réputée faite en temps utile si elle parvient au partenaire du contrat au plus tard le jour précédant le début du délai de trois mois. Le fait que le contrat ait pris fin en raison de la résiliation ne libère pas le preneur d'assurance de l'obligation d'assurer son personnel conformément à la LAA.

Si le preneur d'assurance n'occupe des travailleurs que pendant une durée déterminée, le contrat est conclu pour cette période et l'assurance cesse à la date convenue. Si, contre toute attente, le preneur devait occuper des travailleurs au-delà de cette date, il doit alors les assurer à nouveau selon la LAA.

6 Classification et recours

Le présent contrat constitue, en ce qui concerne le classement dans le tarif des primes, une décision au sens de l'art. 49 LPGa. Le preneur d'assurance peut dans les 30 jours attaquer cette décision par voie d'opposition; elle peut être présentée par écrit à la Compagnie qui a pris la décision ou lors d'un entretien personnel oral avec celle-ci. Elle doit être motivée. L'opposition présentée oralement doit être consignée par la Compagnie dans un procès-verbal et doit être signée par l'opposant. La procédure d'opposition est gratuite. Il n'est alloué aucun dépens.

7 Adaptation du contrat

En cas de modification du classement des entreprises dans les classes et degrés du tarif, opérée en vertu de l'art. 92, al. 5 LAA, la Compagnie est habilitée à exiger l'adaptation du contrat à partir du prochain exercice annuel. Si le tarif change, la modification est valable à partir du début du prochain exercice annuel. Pour ce faire, la Compagnie doit en informer le preneur d'assurance au moins deux mois avant la modification du contrat.

8 Primes

8.1 Obligation de payer les primes

Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et maladies professionnels sont à la charge de l'employeur.

Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge du travailleur. Les conventions contraires en faveur du travailleur sont réservées.

L'employeur est débiteur de la totalité des primes. Il déduit la part du travailleur de son salaire.

8.2 Echéance, délai de paiement

Les primes sont fixées pour l'année d'assurance et sont payables d'avance à l'échéance fixée dans la police. Le délai de paiement pour les primes est fixé à un mois après l'échéance. En cas de non observation de ce délai, un intérêt de retard de 0.5 % par mois est mis à la charge de l'employeur.

8.3 Décompte et calcul de prime

Si l'assurance a été conclue avec décompte de prime, le preneur d'assurance doit verser, au début de chaque année d'assurance, une prime provisoire. Pour la première année, il s'agit de celle fixée dans le contrat; par la suite, la prime provisoire correspond au montant de la dernière prime définitive connue.

A la fin de l'année d'assurance, le preneur d'assurance doit déclarer à la Compagnie, dans le délai d'un mois, les salaires assurés payés dans l'année civile écoulée. Sur la base de ces indications, la Compagnie calcule le montant définitif de la prime et requiert au besoin le paiement d'un complément de prime, respectivement restitue l'excédent. Si le preneur d'assurance ne fournit pas les indications requises, la Compagnie fixe par décision les montants de prime probablement dus.

Le décompte de prime est établi sur la base du salaire AVS pour autant qu'il ne dépasse pas le maximum du salaire assurable. Les autres particularités ressortent de la formule de déclaration de salaire.

Une prime minimum de Fr. 100.- est perçue pour l'assurance des accidents professionnels et une prime minimum de Fr. 100.- pour l'assurance des accidents non professionnels.

La Compagnie a le droit de contrôler les données du preneur d'assurance en examinant toutes les pièces justificatives (relevés de salaires, déclaration AVS, etc.).

9 Dispositions complémentaires pour l'assurance facultative

9.1 Durée du contrat, résiliation

Le contrat est conclu pour cinq ans. L'assurance facultative peut être résiliée pour la fin de cette durée contractuelle. A défaut de dénonciation, elle se renouvelle tacitement d'année en année. Le délai de résiliation est de trois mois. La résiliation est réputée faite en temps utile si elle parvient au partenaire du contrat au plus tard le jour précédant le début du délai de trois mois.

9.2 Fin du rapport d'assurance

L'assurance facultative prend fin, pour chaque assuré :

- a) à l'annulation du contrat;
- b) dès le moment où il est soumis au régime de l'assurance obligatoire;
- c) au moment de son exclusion;
- d) trois mois après la cessation de l'activité lucrative indépendante ou de la collaboration au titre de membre de la famille non assuré obligatoirement.

9.3 Exclusion pour non paiement des primes

La Compagnie peut exclure l'assuré qui, malgré sommation écrite, ne paie pas ses primes ou qui a fait de fausses déclarations lors de la conclusion du contrat ou lors d'un accident.

10 Passage à l'assurance individuelle

Lorsque des personnes domiciliées en Suisse cessent d'être affiliées à l'assurance (obligatoire ou facultative) selon la LAA, elles peuvent demander dans un délai de 30 jours, le passage à l'assurance individuelle (droit de libre passage). Ne peuvent être assurées que des prestations qui l'étaient jusqu'alors.

La continuation de l'assurance a lieu dans le cadre des conditions et tarifs de l'assurance individuelle en vigueur au moment du passage à cette dernière; sont cependant déterminants l'état de santé et l'âge de la personne à assurer au moment de son entrée dans l'assurance selon la LAA conclue auprès de la Compagnie.

11 Procédure en cas d'accident

11.1 Déclaration de l'accident

L'assuré ou ses proches doivent renseigner immédiatement l'employeur ou la Compagnie de tout accident.

L'employeur doit aviser sans retard la Compagnie dès qu'il apprend qu'un assuré a été victime d'un accident.

11.2 Conséquences de la déclaration tardive de l'accident

En cas de retard inexcusable de l'avis d'accident dû à l'assuré ou à ses survivants, la Compagnie peut réduire toutes ou certaines prestations pour le temps précédant l'envoi de l'avis; elle peut aussi réduire les prestations de manière générale de moitié, voire de la totalité en cas de déclaration d'accident intentionnellement fausse.

Si l'employeur omet de manière inexcusable de déclarer l'accident, il peut être tenu pour responsable par la Compagnie des conséquences pécuniaires qui en résultent.

11.3 Examen médical

L'assuré doit se soumettre aux examens médicaux demandés par la Compagnie qui en assume les frais.

12 Prévention des accidents

L'employeur, en collaboration avec ses travailleurs, est tenu de prendre toutes les dispositions nécessaires. Les travailleurs doivent en particulier utiliser les équipements individuels de protection et employer correctement les dispositifs de sécurité.

13 Communications à la Compagnie

Les communications à la Compagnie doivent être adressées au siège en Suisse ou à l'une de ses agences en Suisse.

14 Droit applicable

Sont applicables :

- a) la Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance accidents (LAA) ainsi que les ordonnances y relatives;
- b) la Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ainsi que son ordonnance.