

Édition 1999/2007

Assurance-accidents collective Conditions générales d'assurance (CGA)

- Employés non soumis à la LAA
- Sociétés
- Manifestations



Table des matières

Étendue de la couverture d'assurance

- 1 Teneur du contrat
- 2 Personnes assurées
- 3 Validité territoriale
- 4 Notion d'accident
- 5 Accidents assurés
- 6 Accidents non assurés

Prestations d'assurance

- 7 Frais de guérison
- 8 Indemnité journalière d'hospitalisation
- 9 Indemnité journalière
- 10 Invalidité
- 11 Décès
- 12 Circonstances étrangères à l'accident, imputation sur les prestations de la responsabilité civile
- 13 Renonciation à une réduction en cas de faute grave

Dispositions générales

- 14 Début et fin de l'assurance
- 15 Résiliation en cas de sinistre
- 16 Perception des primes
- 17 Modification du tarif de primes
- 18 Obligations en cas de sinistre

Dispositions finales

- 19 Communications et obligation d'informer
- 20 For
- 21 Bases juridiques

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

En qualité d'assureur, Helsana Accidents SA, nommée ci-après «l'assureur», garantit les prestations de l'assurance-accidents collective.



Étendue de la couverture d'assurance

1 Teneur du contrat

L'assureur accorde les prestations spécifiées dans la police pour les conséquences des accidents que l'assuré subit pendant la durée du contrat.

2 Personnes assurées

Sont assurées les personnes désignées dans la police, à l'exception

- du personnel prêté au preneur d'assurance par des tiers;
- des personnes qui, en tant qu'employées du preneur d'assurance, sont obligatoirement soumises à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA).

3 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier. Au dehors de la Suisse et de la Principauté de Liechtenstein, l'assurance n'est valable que pour des séjours n'excédant pas 12 mois.

4 Notion d'accident

- 4.1 Par accident, on entend 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.
- 4.2 Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:
- a) les fractures;
 - b) les déboîtements d'articulation;
 - c) les déchirures du ménisque;
 - d) les déchirures de muscles;
 - e) les élongations de muscles;
 - f) les déchirures de tendons;
 - g) les lésions de ligaments;
 - h) les lésions du tympan.
- 4.3 Les dommages non imputables à un accident qui sont causés aux structures posées à la suite d'une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps ne constituent pas des lésions corporelles au sens du ch. 4.2.

Ne sont pas assimilés aux accidents:

- les maladies de tout genre;
- le suicide, l'automutilation ou la tentative de suicide ou d'automutilation, à moins que ces actions n'aient été accomplies en état d'irresponsabilité due à une totale incapacité de discernement;
- les conséquences d'affections purement psychiques.

5 Accidents assurés

5.1 Employés non soumis à la LAA.

L'assurance couvre les accidents professionnels.

C'est seulement en vertu d'une convention spéciale que l'assurance s'étend également aux accidents non professionnels; cependant, ne peuvent être assurées que les personnes dont la durée de travail hebdomadaire dans l'entreprise assurée est d'au moins 8 heures.

Sont réputés accidents professionnels ceux qui surviennent:

- au cours d'une activité accomplie pour l'entreprise assurée ou pendant l'exercice des fonctions assurées;
- pendant les interruptions de travail, à condition qu'elles se produisent dans l'enceinte de l'entreprise;
- sur le trajet aller et retour du domicile au lieu de travail.

Tous les autres accidents sont réputés accidents non professionnels.

5.2 Sociétés

La couverture d'assurance s'étend aux accidents subis par les membres actifs de la société au cours des activités prévues par les statuts et au cours d'autres manifestations auxquelles la société participe ou qu'elle a organisées, par exemple répétitions, défilés, excursions, représentations et exécution de travaux. Les trajets à effectuer pour se rendre sur les lieux de l'activité de la société ou de la manifestation et en revenir ne sont couverts que sur la base d'une convention spéciale.

Les accidents survenant au cours d'entraînements individuels en dehors des activités proprement dites de la société, ne sont pas assurés.

5.3 Manifestations

Sont assurés les accidents survenant dans l'exercice des activités se rapportant aux manifestations mentionnées dans la police. Les trajets effectués pour se rendre à ces manifestations et en revenir ne sont pas couverts.



6 Accidents non assurés

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

Prestations d'assurance

7 Frais de guérison

7.1 Droits

Si les frais de guérison sont assurés, l'assureur prend à sa charge les dépenses suivantes:

- a) les débours de l'assuré nécessaires au traitement exécuté ou ordonné par un médecin ou un dentiste, ainsi que les frais d'hôpital (même en cas de séjour en division privée) et les frais de traitement, de séjour et de pension pour des cures que le médecin a prescrites et qui ont été effectuées en accord avec l'assureur;
- b) pendant la durée du traitement médical, les frais de soins à domicile (p. ex. assistance, tenue du ménage) par du personnel infirmier qui ne vit pas sous le même toit que la personne assurée, ainsi que les frais de location d'appareils pour malades;
- c) les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens orthopédiques auxiliaires ainsi que ceux de leur réparation ou de leur remplacement (valeur à neuf) s'ils ont été détruits ou endommagés à la suite d'un événement ayant entraîné les traitements médicaux mentionnés au ch. 7.1 a) CGA;
- d) les frais de transport de l'assuré occasionnés par l'accident, pour autant qu'ils aient un rapport avec le traitement prescrit; les frais de transport aérien ne sont toutefois assurés que jusqu'à l'hôpital le plus proche susceptible de procéder au traitement et pour autant qu'ils soient indispensables pour des raisons médicales ou techniques; les transports effectués avec des moyens de transport non publics (taxi ou véhicule assimilé) ne sont remboursés que si l'utilisation des transports publics (chemin de fer, tram, autobus, etc.) ne peut être exigée de l'assuré;
- e) les frais occasionnés par:
 - les mesures prises pour retrouver le corps lorsque le décès est la suite d'un accident assuré ou d'un épuisement;
 - les actions de recherche et de sauvetage au profit de l'assuré, jusqu'à concurrence de CHF 20 000.-.
- f) De plus, l'assureur prend à sa charge les frais de nettoyage, de réparation ou de remplacement (valeur à neuf) des vêtements de l'assuré endommagés lors d'un accident donnant lieu à indemnisation, ainsi que le nettoyage de véhicules ou d'autres objets appartenant à des particuliers ayant participé au sauvetage ou au transport du blessé, jusqu'à concurrence de CHF 2 000.- par accident.
- g) Sur demande de l'assuré, l'assureur fournit une garantie de paiement. Celle-ci est délivrée dès qu'il y a obligation pour l'assureur de fournir des prestations.



7.2 Limitation à l'étranger

L'assureur ne prend en charge les frais occasionnés dans un pays étranger que si l'assuré a été accidenté dans ce pays, et cela selon les prescriptions locales habituelles.

7.3 Prestations de tiers

Si l'assuré bénéficie de prestations selon la LAA, l'assurance militaire fédérale (AMF) ou l'assurance fédérale en cas d'invalidité (AI), ou encore si un tiers responsable a versé des prestations de cette nature, l'assureur les complète jusqu'à concurrence du montant des frais de guérison effectifs. Il rembourse au maximum les frais mentionnés au ch. 7.1 CGA. Cette disposition s'applique également aux institutions d'assurance ayant leur siège dans la Principauté du Liechtenstein ou dans d'autres pays étrangers. S'il existe plusieurs assurances des frais de guérison auprès de plusieurs sociétés concessionnaires, les frais assurés par ce contrat ne sont remboursés que dans la proportion existant entre ledit contrat et l'ensemble des prestations garanties par tous les assureurs. N'est cependant pas prise en considération l'assurance selon la LAA existant le cas échéant auprès d'une société concessionnaire.

8 Indemnité journalière d'hospitalisation

8.1 Droits

Pendant la durée d'un séjour à l'hôpital ou dans un établissement de cure prescrit par un médecin, l'assureur verse l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue.

En cas de soins à domicile (p.ex. soins à la personne accidentée, tenue du ménage), l'assureur rembourse les frais dus au personnel soignant (membres de la famille exclus) au lieu de l'indemnité journalière d'hospitalisation, mais toutefois jusqu'à concurrence de la moitié de cette indemnité par jour. Condition nécessaire pour bénéficier de cette prestation: selon le médecin, un séjour à l'hôpital serait nécessaire, mais l'hospitalisation n'est pas possible ou l'on a la preuve qu'un séjour à l'hôpital est ainsi abrégé ou évité.

Lors de séjours à l'hôpital ou dans un établissement de cure à l'étranger, l'assureur ne verse l'indemnité journalière d'hospitalisation que si l'assuré a subi un accident dans le pays en question.

8.2 Durée des prestations

L'assureur verse l'indemnité journalière d'hospitalisation pendant au maximum 1800 jours par accident, les séjours à l'hôpital et dans un établissement de cure étant cumulés.

En cas de soins à domicile, l'assureur prend en charge un maximum de 200 jours de soins en plus, par accident.

9 Indemnité journalière

9.1 Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

9.2 Si un médecin constate une incapacité de travail totale de l'assuré, l'assureur verse l'indemnité journalière prévue au contrat.

9.3 Si l'incapacité de travail est partielle, le montant de l'indemnité journalière est fixé en fonction du degré d'incapacité de travail. Les jours d'incapacité de travail partielle comptent entièrement pour la détermination du délai d'attente et de la durée des prestations.

9.4 Pour chaque accident, l'indemnité journalière est versée pendant 720 jours au maximum au cours d'une période de cinq ans, à compter du jour de l'accident. Elle est versée à partir de l'expiration du délai d'attente convenu, à compter du jour de l'accident.

9.5 Pour les assurés de moins de 16 ans, l'assureur verse au maximum le montant de la perte effective de gain.



10 Invalidité**10.1 Capital invalidité**

Si, à la suite d'un accident, l'assuré est frappé d'une invalidité présumée définitive, l'assureur verse le capital invalidité qui est déterminé par le taux d'invalidité, la somme d'assurance convenue et la variante de prestations choisie. La question de savoir s'il y a perte de gain et dans quelle mesure est ici sans importance.

10.2 Taux d'invalidité

Les taux d'invalidité indiqués ci-après engagent les parties:

- a) Taux d'invalidité forfaitaires en cas de perte totale ou de privation totale de l'usage:

des deux bras ou des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds, d'un bras ou d'une main et simultanément d'une jambe ou d'un pied	100 %
d'un bras	70 %
d'un avant-bras ou d'une main	60 %
d'un pouce	22 %
d'un index	15 %
d'un autre doigt	8 %
d'une jambe au-dessus du genou	60 %
d'une jambe au genou et au-dessous du genou	50 %
d'un pied	40 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil	30 %
de la vue d'un œil, si celle de l'autre était complètement perdue avant l'accident	70 %
de l'ouïe des deux oreilles	60 %
de l'ouïe d'une oreille	15 %
de l'ouïe d'une oreille si celle de l'autre était complètement perdue avant l'accident	45 %
d'un rein	20 %
de la rate	5 %
de l'odorat	3 %
du goût	3 %

- b) En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou d'un organe, le taux d'invalidité est réduit proportionnellement.
- c) Lorsque plusieurs membres ou organes sont atteints simultanément, le taux d'invalidité s'obtient par l'addition des pourcentages, sans que le total puisse excéder 100 %.
- d) Dans les cas qui ne sont pas prévus ci-dessus, le taux d'invalidité est fixé par analogie avec les pourcentages susmentionnés.

- e) Une augmentation de la gravité des suites d'un accident à cause de défauts corporels préexistants ne donne pas droit à un capital invalidité plus élevé. Si le membre ou l'organe atteint par l'accident était déjà partiellement ou totalement mutilé ou n'était plus fonctionnel, le taux d'invalidité préexistant, calculé selon les principes énoncés ci-dessus, est déduit lors de la détermination de l'invalidité. Les dispositions mentionnées au ch. 10.2a) CGA ci-dessus quant à la perte de la vue et de l'ouïe demeurent réservées.

10.3 Variantes de prestations

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

Variantes basées sur la somme d'assurance ou sur un multiple de celle-ci:

	Variante A	Variante B
pour la part du taux d'invalidité n'excédant pas 25 %	1 fois	1 fois
pour la part du taux d'invalidité supérieure à 25 % mais n'excédant pas 50 %	2 fois	3 fois
pour la part du taux d'invalidité supérieure à 50 %	3 fois	5 fois

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

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



10.4 Paiement sous forme de rente

Si l'assuré le désire ou s'il a atteint 65 ans au moment de l'accident, l'assureur verse une rente viagère à la place du capital invalidité.

Le montant de cette rente annuelle est fixé en fonction de l'âge de l'assuré au moment où commence le versement et du montant du capital invalidité calculé selon les ch. 10.1–10.3 CGA.

Pour CHF 1000.– de capital invalidité, elle s'élève à:

Âge	CHF	Âge	CHF
16 – 27	45.–	57	73.–
28 – 32	48.–	58	75.–
33 – 37	50.–	59	77.–
38 – 42	53.–	60	79.–
43 – 45	56.–	61	81.–
46 – 48	59.–	62	84.–
49 – 51	62.–	63	86.–
52 – 54	66.–	64	89.–
55	70.–	65 et plus	92.–
56	71.–		

La rente est payée d'avance et par trimestre.

10.5 Exigibilité

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

11 Décès

Si l'accident a causé le décès de l'assuré, l'assureur verse le capital décès convenu aux personnes suivantes, chacune n'étant bénéficiaire qu'à défaut des précédentes:

- le conjoint;
- les enfants; sont assimilés aux enfants, les enfants recueillis ayant droit à une rente dans l'assurance-accidents selon la LAA;
- les parents.

S'il n'existe pas de survivants appartenant aux catégories ci-dessus, l'assureur rembourse les frais funéraires jusqu'à concurrence de 10 % de la somme prévue en cas de décès.

Pour les assurés qui n'ont pas encore atteint 16 ans au moment de l'accident, l'indemnité en cas de décès s'élève au maximum à CHF 20 000.–.

Les prestations d'invalidité déjà versées pour les suites du même accident sont déduites du capital décès.

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

12.1 Les prestations concernant les frais de guérison, l'indemnité journalière d'hospitalisation et l'indemnité journalière ne sont pas réduites si les atteintes à la santé ne sont que partiellement dues à un accident assuré. Si l'invalidité n'est que partiellement due à un accident assuré, le capital invalidité est déterminé en fonction du taux d'invalidité effectivement provoqué par l'accident, sur la base d'une expertise médicale. Il en va de même, par analogie, pour le capital décès.

12.2 Les prestations versées en vertu de cette assurance sont déduites de celles issues de la responsabilité civile du preneur d'assurance et des autres membres de l'entreprise, ou le cas échéant des autres membres actifs de la société, au prorata de la part de la prime supportée par le preneur d'assurance.

13 Renonciation à une réduction en cas de faute grave

L'assureur renonce au droit qui est le sien de réduire ses prestations lorsque l'accident a été provoqué par une faute grave.

Dispositions générales

14 Début et fin de l'assurance

- a) L'assurance débute à la date indiquée dans la police ou dans une confirmation de proposition écrite de l'assureur.
- b) Le contrat collectif est conclu pour la durée indiquée dans la police. Il est reconduit d'année en année à la fin de cette durée si aucune partie contractuelle n'a reçu une résiliation au moins trois mois auparavant. Si le contrat est conclu pour une durée inférieure à un an, il s'éteint à la date indiquée dans la police.
- c) Le contrat collectif prend fin:
 - en cas de résiliation;
 - à l'ouverture de la faillite du preneur d'assurance;
 - en cas de transfert du siège social à l'étranger;
 - en cas de cessation de l'exploitation;
 - au moment du changement de propriétaire.

15 Résiliation en cas de sinistre

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat chaque fois que l'assureur octroie une indemnisation pour un nouvel accident. La résiliation doit intervenir par écrit et parvenir à l'assureur au plus tard dans les 14 jours qui suivent la prise de connaissance du dernier paiement effectué pour un accident. La couverture d'assurance s'éteint au moment où l'assureur reçoit cette communication. L'assureur renonce à ce droit de résiliation.



16 Perception des primes

Sauf convention contraire, la prime est fixée par année d'assurance et payable d'avance au jour de l'échéance.

En cas de paiement fractionné, les acomptes non payés d'une prime annuelle sont dus en totalité. L'assureur peut prélever un supplément pour chaque acompte.

Si la prime annuelle est une prime provisoire (payée d'avance), la prime définitive sera calculée sur la base des données que le preneur d'assurance est tenu de fournir chaque année. À cet effet, l'assureur remet un formulaire de déclaration au preneur d'assurance. À des fins de contrôle de ces données, l'assureur peut consulter tous les documents déterminants s'y rapportant. La prime non absorbée ou de régularisation vient à échéance au moment de la remise du décompte au preneur d'assurance.

Pour autant que la prime ait été payée d'avance pour une durée d'assurance déterminée et que le contrat soit supprimé avant la fin de cette durée pour un motif prévu par la loi ou le contrat, l'assureur restitue la prime afférente à la période d'assurance qui ne s'est pas encore écoulée.

La prime pour l'année d'assurance en cours est cependant due dans son intégralité lorsque le contrat a été en vigueur durant moins d'une année au moment de son extinction et que le preneur d'assurance a été à l'origine de la résiliation.

17 Modification du tarif de primes

Si le tarif des primes est modifié pendant la durée du contrat, l'assureur peut demander une adaptation du contrat à compter de l'année d'assurance suivante. Pour ce faire, l'assureur doit porter les modifications du contrat à la connaissance du preneur d'assurance au moins 25 jours avant l'expiration de l'année d'assurance.

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours, intégralement ou seulement pour les prestations en rapport avec la partie ayant subi la modification. Si le preneur d'assurance fait usage de ce droit, le contrat s'éteint à l'expiration de l'année d'assurance, pour l'étendue qu'il a choisie. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance.

Si le preneur d'assurance ne résilie pas son contrat, l'adaptation au nouveau tarif de primes est considérée comme acceptée.

18 Obligations en cas de sinistre

Lorsqu'un accident est présumé donner lieu à des prestations,

- il faut, dès que possible, veiller à ce que l'assuré reçoive les soins médicaux appropriés. Les prescriptions médicales doivent être suivies. Chaque assuré a l'obligation de se soumettre à un examen par les médecins désignés par l'assureur;
- le preneur d'assurance ou l'ayant droit doit immédiatement déclarer le sinistre à l'assureur, au moyen du formulaire mis à sa disposition à cet effet. En cas de décès, la déclaration à l'assureur doit avoir lieu assez tôt pour qu'il puisse faire procéder, à ses frais, à une autopsie avant l'inhumation, dans la mesure où le décès pourrait avoir d'autres causes que l'accident. Les survivants ayants droit doivent consentir à l'autopsie.

L'assureur peut réduire ses prestations en cas de violation fautive des obligations pouvant avoir une influence sur la constatation du sinistre ou la gravité des suites de l'accident. Cette réduction n'a cependant pas lieu si la non-observation des dispositions contractuelles n'a pas eu d'influence sur la constatation du sinistre ou la gravité des suites de l'accident.

Dispositions finales**19 Communications et obligation d'informer**

19.1 Au preneur d'assurance:

Toutes les communications au preneur d'assurance resp. aux interlocuteurs désignés par ce dernier sont effectuées à la dernière adresse, en Suisse, connue de l'assureur.

19.2 Aux personnes assurées:

Toutes les communications aux personnes assurées sont effectuées par le preneur d'assurance. Celui-ci est tenu d'informer toutes les personnes assurées des principaux termes du contrat.

19.3 À l'assureur:

Toutes les communications doivent être adressées directement à l'assureur, en allemand, français, italien ou anglais. Une traduction légalisée doit être jointe aux documents rédigés dans toute autre langue.

19.4

Lorsqu'un preneur d'assurance modifie son domicile commercial, ses interlocuteurs compétents, le genre de l'entreprise ou si les rapports de propriété de l'entreprise changent, il doit en informer immédiatement l'assureur par écrit.

20 For

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

21 Bases juridiques

Sauf disposition contraire dans le présent contrat, ce dernier est régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

