

Édition 2002/2007

**Assurance-accidents individuelle  
et assurance-accidents pour enfants  
Conditions générales d'assurance (CGA)**

---



---

**Table des matières**

---

**Étendue de la couverture d'assurance**

- 1 Objet de l'assurance
- 2 Notion d'accident
- 3 Accidents non assurés
- 4 Validité territoriale

**Prestations d'assurance**

- 5 Décès
- 6 Invalidité
- 7 Indemnité journalière
- 8 Indemnité journalière d'hospitalisation
- 9 Frais de guérison
- 10 Circonstances étrangères à l'accident
- 11 Réduction de prestations d'assurance

**Sinistres**

- 12 Obligations en cas de sinistre
- 13 Soins médicaux, renseignements
- 14 Conséquences en cas de violation du contrat

**Dispositions générales**

- 15 Début et fin de l'assurance; couverture provisoire
- 16 Durée contractuelle
- 17 Résiliation en cas de sinistre
- 18 Échéance des primes
- 19 Modification des primes ou des participations aux coûts
- 20 Droit au remboursement de la prime
- 21 Libération des primes dans l'assurance-accidents pour enfants

**Dispositions finales**

- 22 Communications et obligation d'informer
- 23 For
- 24 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 individuelle et de l'assurance-accidents pour enfants.



## Étendue de la couverture d'assurance

### 1 Objet de l'assurance

L'assureur accorde la protection d'assurance contre les conséquences économiques de l'accident pendant la durée de l'assurance.

### 2 Notion d'accident

- 2.1 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.
- 2.2 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:
- les fractures;
  - les déboîtements d'articulation;
  - les déchirures du ménisque;
  - les déchirures de muscles;
  - les élongations de muscles;
  - les déchirures de tendons;
  - les lésions de ligaments;
  - les lésions du tympan.
- 2.3 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. 2.2.

### 3 Accidents non assurés

Ne donnent aucun droit aux prestations assurées:

- les conséquences de tremblements de terre en Suisse et au Liechtenstein;
- les conséquences d'événements de guerre en Suisse et au Liechtenstein;
- les conséquences d'événements de guerre à l'étranger, sauf si l'atteinte à la santé survient dans les 14 jours depuis le début de tels événements dans le pays où la personne assurée a été surprise par l'éclatement de faits de guerre;
- les conséquences dues à des troubles de tout genre et aux mesures prises pour rétablir l'ordre, sauf si la personne assurée prouve qu'elle n'a pas participé à ces événements aux côtés des auteurs de troubles, de façon active ou comme agitatrice;
- les traitements esthétiques, pour autant que ceux-ci ne soient pas rendus nécessaires par un événement assuré;
- les accidents dus à la participation à des courses de véhicules à moteur ainsi qu'à l'entraînement sur le parcours de la course;
- les accidents dus à la commission intentionnelle et à la tentative de commission de crimes ou de délits par la personne assurée. Cette disposition ne s'applique pas à l'assurance du capital décès;
- les dommages à la santé consécutifs à des radiations ionisantes de tous genres;

- suicide, automutilation ou tentative de suicide ou d'automutilation. Exception: Il y a cependant couverture d'assurance lorsque, sans faute de sa part, l'assuré manquait totalement de discernement au moment de l'acte ou lorsque le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est clairement la conséquence d'un accident assuré.

### 4 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier. Toutefois, elle s'éteint à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle la personne assurée transfère son domicile à l'étranger (Liechtenstein excepté).

## Prestations d'assurance

### 5 Décès

- 5.1 Si la personne assurée décède, dans les cinq ans à dater du jour de l'accident, des suites d'un accident assuré, l'assureur verse le capital assuré en cas de décès à la personne désignée par le preneur d'assurance dans la proposition ou aux bénéficiaires qui ont été communiqués ultérieurement par écrit à l'assureur. Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, le capital est versé aux héritiers légaux de la personne assurée.
- 5.2 S'il n'existe aucun des survivants mentionnés au ch. 5.1, seuls les frais funéraires seront remboursés jusqu'à concurrence de 10 % de la somme prévue en cas de décès, dans la mesure où ils n'ont pas été payés par un assureur ou un tiers civilement responsable.
- 5.3 La somme éventuellement versée en cas d'invalidité, due au même accident, est déduite de la somme du capital décès.

### 6 Invalidité

Si la personne assurée devient invalide, l'assureur verse le capital invalidité. Celui-ci est déterminé selon le taux d'invalidité, la somme d'assurance convenue et la variante d'indemnisation choisie. La question de savoir s'il y a perte de gain et dans quelle mesure est sans importance.

- 6.1 Le taux d'invalidité est estimé selon les règles suivantes:

- a) Taux d'invalidité fixes 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	50 %



d'un pied	40 %
de la vue visuelle des deux yeux	100 %
de la vue visuelle d'un œil	30 %
de la vue visuelle d'un œil, si celle de l'autre était déjà 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 déjà 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 ou de privation partielle de l'usage de ces membres ou organes, le taux d'invalidité est réduit proportionnellement. Lorsque plusieurs membres ou organes sont atteints simultanément, le taux d'invalidité s'obtient par l'addition de leurs pourcentages sans que le total puisse excéder 100 %.
- c) Dans les cas non mentionnés ci-dessus, le taux d'invalidité est estimé par analogie avec les pourcentages indiqués ci-dessus. Si l'invalidité permanente résultant d'un accident est aggravée par des lésions corporelles préexistantes, l'indemnité ne pourra pas être supérieure à celle qui aurait été allouée si la personne avait été saine de corps. Si le membre ou 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. 6.1 a) CGA ci-dessus quant à la perte de la vue et de l'ouïe demeurent réservées.
- d) Les troubles psychiques ou nerveux ne donnent droit à une indemnité que s'il est prouvé qu'ils sont la conséquence d'une atteinte organique du système nerveux causée par l'accident.
- e) Le taux d'invalidité est fixé au moment où l'état de la personne assurée est présumé définitif, mais au plus tard 5 ans après l'accident. L'indemnité d'invalidité n'est pas exigible tant que l'indemnité journalière est encore versée.

6.2 Le capital d'invalidité, déterminé selon la variante de prestations A ou B choisie, s'établit comme suit:

	Variante A	Variante B
pour la part du taux d'invalidité n'excédant pas 25 %:	sur la somme assurée simple	sur la somme assurée simple
pour la part du taux d'invalidité supérieure à 25 % mais n'excédant pas 50 %:	sur le double de la somme assurée	sur le triple de la somme assurée
pour la part du taux d'invalidité excédant 50 %:	sur le triple de la somme assurée	sur le quintuple de la somme assurée

L'indemnité en pourcent de la somme assurée convenue pour l'invalidité, s'établit dès lors comme suit:

Taux d'invalidité	Variante de prestations		Taux d'invalidité	Variante de prestations		Taux d'invalidité	Variante de prestations		Taux d'invalidité	Variante de prestations	
	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			

6.3 Si la personne assurée est âgée de 70 ans à la date de l'accident et qu'elle est atteinte d'une invalidité permanente au sens des dispositions précédentes, l'indemnité sera payée sous forme d'une rente viagère s'élevant annuellement à 10 % du capital qui correspond à cette invalidité. Cette rente est payable d'avance pour chaque trimestre par l'assureur.

## 7 Indemnité journalière

L'assureur paie l'indemnité journalière convenue pour l'incapacité de travail consécutive à un accident.



- 7.1 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.
- 7.2 Si la personne assurée est partiellement incapable de travailler, elle reçoit une indemnité journalière correspondant au degré de l'incapacité de travail. Une incapacité de travail de moins de 25 % ne donne droit à aucune prestation.
- 7.3 Si une modification du degré de l'incapacité de travail intervient, les prestations sont adaptées à partir du jour de cette modification. Un changement du degré de l'incapacité de travail doit être immédiatement annoncé à l'assureur.
- 7.4 Il n'est pas versé de prestations pour le jour de l'accident. Si un délai d'attente a été convenu, il commence à courir le jour où l'incapacité de travail a été constatée par le médecin, au plus tôt cependant le lendemain de l'accident. La durée du droit aux prestations est au maximum de 720 jours dans l'intervalle de 5 ans, à compter du jour de l'accident, tout au plus cependant jusqu'au paiement d'une éventuelle prestation d'invalidité due selon de ch. 6. Si un délai d'attente a été convenu, la durée des prestations de 720 jours est réduite en conséquence. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail complète ou partielle sont comptés comme des jours entiers.
- 7.5 Lors de séjours dans des établissements de cures, la personne assurée n'a droit à l'indemnité journalière que si la cure a été prescrite par un médecin et si l'assureur a préalablement donné son accord.

## 8 Indemnité journalière d'hospitalisation

L'assureur paie l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue pour la durée d'un séjour médicalement nécessaire dans un hôpital ou un établissement de cures à la suite d'un accident.

- 8.1 L'assureur verse l'indemnité journalière d'hospitalisation pendant une durée illimitée. Lors d'un séjour dans un établissement de cures, l'assureur paie l'indemnité journalière d'hospitalisation convenue pendant 30 jours au maximum par cure, toutefois au plus pendant 120 jours pour toutes les cures effectuées dans une période de 5 années civiles, dont 60 jours au maximum pour les cures de convalescence.
- 8.2 Un droit aux prestations pour des séjours dans des établissements de cures existe seulement si la cure a été prescrite par un médecin et si la personne assurée suivait déjà un traitement médical avant le début de la cure. Au surplus, les cures thermales et de régimes ne sont prises en considération qu'à condition qu'elles soient suivies sous contrôle médical. Les cures de convalescence ne sont assurées que si elles sont effectuées dans un établissement dirigé par un médecin.

- 8.3 En cas de séjours dans un établissement de cures à l'étranger, la personne assurée n'a droit à l'indemnité journalière d'hospitalisation que si elle a obtenu l'accord préalable de l'assureur.

## 9 Frais de guérison

L'assureur rembourse sans limite les frais de guérison médicalement nécessaires à la suite d'un accident, dans les cinq ans qui suivent la survenance de l'événement. Les frais occasionnés par la suite sont remboursés jusqu'à concurrence de CHF 50 000.–.

- 9.1 L'assureur rembourse dans les limites des tarifs en vigueur au lieu du traitement:
- les frais de mesures thérapeutiques y compris les médicaments, effectuées ou prescrites par un médecin diplômé, ainsi que les frais de séjour médicalement nécessaire dans un hôpital ou un établissement de cures, taxes journalières comprises;
  - les frais de traitements effectués par des chiropraticiens officiellement autorisés à pratiquer;
  - les frais de traitements dentaires effectués ou prescrits par un dentiste diplômé, y compris le remplacement de dents.  
Dans l'assurance accidents pour enfants: lors de dommages dentaires pour des enfants assurés, l'assureur prend en charge les frais de traitement intermédiaires et une remise en état définitive unique des dents endommagées par suite de l'accident, tout au plus cependant jusqu'à l'âge de 22 ans;
  - les frais pour des moyens auxiliaires médicaux, prescrits par un médecin et nécessaires suite à un événement assuré, tels que prothèses, transplants, remplacement artificiel d'organes, pace-maker, valvules cardiaques artificielles etc., ainsi que les frais de première acquisition de lunettes (monture simple), de verres de contact, d'appareils acoustiques, de chaussures orthopédiques et la location ou la première acquisition de béquilles, cannes anglaises ou autre matériel auxiliaire pour malades. Ne sont pas remboursés les frais pour les moyens de locomotion mécanique;
- l'assureur rembourse aussi les frais de réparation ou de remplacement (valeur à neuf) de prothèses, lunettes, verres de contact, appareils acoustiques, moyens auxiliaires orthopédiques endommagés ou détruits lors de l'accident entraînant un traitement médical;
  - les dépenses pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) des vêtements de la personne assurée, endommagés par suite d'un accident assuré, ainsi que pour le nettoyage de véhicules ou d'autres objets appartenant des personnes privées qui se sont occupées du dégagement et du sauvetage de la personne blessée, sont remboursées jusqu'à concurrence de CHF 3000.– par accident;
  - e) les dépenses pour soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et donnés par un personnel infirmier diplômé. Sont assimilés au personnel infirmier diplômé, les infirmiers ou infirmières mis à disposition par des associations et organisations de soins à domicile, à l'exclusion toutefois des aides de ménage qui ne sont pas habilités à soigner;



- f) les frais de recherches, sauvetage, dégagement et transport suivants:
- les frais d'une action de recherche entreprise en vue du sauvetage ou du dégagement de la personne assurée, jusqu'à concurrence de CHF 20 000.-;
  - les frais de tous sauvetages, dégagement et transports nécessités par un événement assuré; toutefois, les transports par aéronefs ne sont couverts que s'ils sont inévitables pour des raisons médicales ou techniques;
  - en cas de décès survenant en dehors du domicile de la personne assurée, les frais de transport de la personne défunte à son dernier domicile en Suisse ou au Liechtenstein (y compris les frais éventuels de formalités douanières).
- 9.2 Les frais dans un établissement de cures sont remboursés pendant 30 jours au maximum par cure, toutefois au plus pendant 120 jours pour toutes les cures effectuées dans une période de 5 années civiles, dont 60 jours au maximum pour les cures de convalescence.
- Un droit aux prestations pour des séjours dans des établissements de cures n'existe que si la cure a été prescrite par un médecin et si la personne assurée suivait déjà un traitement médical avant le début de la cure. En outre, les cures thermales et de régimes doivent être suivies sous contrôle médical.
- Les séjours de convalescence ne sont assurés que s'ils ont lieu dans des établissements de cures dirigés par un médecin.
- 9.3 Si une personne assurée est victime d'un accident en Suisse ou au Liechtenstein et désire être soignée à l'étranger, elle n'a droit aux prestations que si elle a, au préalable, obtenu l'accord de l'assureur. Il en va de même pour les séjours de cures à l'étranger.
- 9.4 Les prestations contractuelles sont dues pour les accidents survenant après le début de l'assurance.
- 9.5 L'assureur accorde une garantie de prise en charge des coûts au moment de l'admission à l'hôpital. Dans la mesure où l'assureur n'est pas tenu aux prestations ou si les prestations dues sont inférieures à celles qui ont fait l'objet de la garantie de prise en charge des coûts, la personne assurée s'engage à rembourser la différence à l'assureur dans un délai d'un mois.
- 9.6 Assurances complémentaires à une caisse maladie ou à l'assurance-accidents obligatoire:  
Si les frais de guérison sont assurés en complément des prestations d'une assurance-maladie ou de l'assurance-accidents obligatoire, l'assureur prend en charge, dans le cadre des présentes conditions, la part des frais non couverte par l'assurance-maladie ou l'assurance-accidents légale.
- Les franchises, la participation personnelle de l'ayant-droit ainsi que les taxes et frais perçus par l'assurance-maladie ne sont pas à la charge de l'assureur.

En cas de cessation de la couverture de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents légale lors d'un sinistre ou si l'assurance-maladie exige que l'assureur verse d'abord ses prestations, l'assureur paie 50 % des frais qu'il doit rembourser en vertu des présentes conditions.

Lorsque les frais de guérison sont couverts par plusieurs sociétés concessionnaires, ils ne sont remboursés qu'une seule fois. La participation de l'assureur aux frais est déterminée dans de tels cas par les dispositions légales. Aucun remboursement n'est effectué pour la part des frais de guérison qui vont à la charge de l'assurance invalidité fédérale, de l'assurance militaire fédérale ou de l'assurance-accidents obligatoire.

#### 9.7 Tiers civilement responsables:

Dans la mesure où les frais de guérison ont été payés par un tiers civilement responsable ou son assureur, l'assureur rembourse uniquement la partie des coûts non couverts.

Lorsque l'assureur verse les prestations à la place du tiers civilement responsable, la personne assurée est tenue de lui céder ses prétentions en matière de responsabilité civile jusqu'au montant de ses remboursements.

#### 10 Circonstances étrangères à l'accident

En cas d'aggravation importante des suites de l'accident par des états malades antérieurs ou par des maladies postérieures à l'accident, mais indépendantes de celui-ci, les prestations de l'assureur seront réduites dans une proportion déterminée par expertise médicale. Cette restriction ne s'applique toutefois pas à l'assurance des frais de guérison.

#### 11 Réduction de prestations d'assurance

L'assureur renonce au droit qui lui est reconnu par la loi de réduire ses prestations en cas de faute grave. Demeure réservée une réduction en cas d'accident provoqué dans le cadre d'un délit ou d'un crime.

### Sinistres

#### 12 Obligations en cas de sinistre

Chaque cas qui pourrait donner droit à des prestations d'assurance doit être annoncé à l'assureur dans les 5 jours qui suivent la survenance de l'événement ou l'expiration du délai d'attente.

- 12.1 Même si l'accident a déjà été annoncé, l'avis du décès doit être donné à l'assureur dans les 24 heures par téléphone, fax ou e-mail.

L'assureur peut demander l'autopsie du corps. Il n'existe aucun droit à des prestations d'assurance si l'autopsie est refusée ou rendue impossible en raison de l'annonce tardive du décès.



### 13 Soins médicaux, renseignements

- 13.1 La personne assurée doit se rendre régulièrement en traitement ou au contrôle médical. En outre, la personne assurée est tenue de se soumettre aux examens médicaux que l'assureur estime nécessaires. Les coûts de tels examens sont pris en charge par l'assureur. L'assureur est en droit de contrôler le respect des prescriptions médicales par des visites de malades.
- 13.2 La personne assurée est tenue de collaborer dans le cadre de la présente assurance. Elle doit en particulier fournir à l'assureur toutes les indications dont il a besoin pour déterminer le droit aux prestations et fixer le montant des prestations.

### 14 Conséquences en cas de violation du contrat

L'assureur est libéré de ses obligations si le preneur d'assurance ou l'ayant droit ne remplit pas les obligations mentionnées aux ch. 12 à 13, sauf s'il ressort des circonstances que la violation n'est pas due à une faute.

#### Dispositions générales

### 15 Début et fin de l'assurance; couverture provisoire

Dès le moment où la proposition est parvenue à l'assureur, mais au plus tôt à la date de début du contrat mentionnée dans la proposition, l'assureur accorde au proposant une couverture provisoire des accidents pour lesquels il peut apporter la preuve qu'ils ne sont pas survenus à une date antérieure.

La couverture provisoire est limitée à 3 mois et l'assureur peut la révoquer en tout temps. Dans ce cas, la protection d'assurance s'éteint 3 jours après la remise de la communication au proposant par l'assureur. En l'absence d'une révocation, la couverture provisoire dure jusqu'au moment où la police d'assurance est remise au proposant, tout au plus cependant 3 mois.

### 16 Durée contractuelle

- 16.1 La protection d'assurance commence à la date fixée dans la police.
- 16.2 Le contrat est conclu pour la durée convenue. À la fin de cette période, il se prolonge d'année en année sauf si l'une des parties du contrat (le preneur d'assurance ou l'assureur) ne résilie le contrat, au moins 3 mois avant l'échéance du contrat. La couverture d'assurance cesse le jour où la résiliation est effective.
- Si le contrat est conclu pour moins d'une année, il s'éteint à l'échéance du contrat.
- 16.3 L'assurance de l'indemnité journalière prend fin à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 65 ans. Si la personne assurée continue à exercer, passé ce délai, une activité professionnelle régulière, l'assurance peut être maintenue moyennant une convention spéciale.

16.4 Au terme de l'année d'assurance au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 70 ans, l'assureur peut procéder à une adaptation aux nouvelles conditions et, le cas échéant, appliquer des taux du tarif plus élevés. Les dispositions relatives à la modification du tarif des primes (ch. 19) sont applicables par analogie.

16.5 Assurance-accidents pour enfants: l'assurance s'éteint automatiquement pour l'enfant en question à la fin de l'année au cours de laquelle il a atteint 16 ans.

### 17 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.

### 18 Échéance des primes

Sauf convention contraire, les primes sont fixées par année d'assurance et payables d'avance à la date indiquée dans la police.

### 19 Modification des primes ou des participations aux coûts

Si le tarif des primes et/ou des participations aux coûts est modifié pendant la durée du contrat, l'assureur peut demander l'adaptation du contrat pour la prochaine année d'assurance. Dans ce cas, l'assureur communique les nouvelles primes et/ou participations aux coûts au preneur d'assurance au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année d'assurance.

Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours, intégralement ou seulement pour certaines prestations. Pour qu'elle soit 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 le contrat, l'adaptation du contrat est considérée comme acceptée.

### 20 Droit au remboursement de la prime

- 20.1 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.
- 20.2 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.
- 20.3 Une période d'assurance commence avec l'échéance principale selon la police et dure une année.



## **21 Libération des primes dans l'assurance-accidents pour enfants**

- 21.1 Si le preneur d'assurance devient invalide ou décède, l'assurance sera maintenue en vigueur avec libération des primes jusqu'à la date d'expiration indiquée dans la police. Helvetia Assurances se charge du paiement des primes pour les années d'assurance suivantes à la place du preneur d'assurance.
- 21.2 Est considérée comme invalidité, la réduction médicalement attestée et probablement permanente de la capacité de gain d'au moins 75 %. En cas de décès du preneur d'assurance, le certificat de décès doit être présenté à l'assureur. Si la Suisse ou la Principauté de Liechtenstein devait être en guerre ou être impliquée dans des actes de guerre, le chiffre 21.1 n'est plus valable et la prime se réduit en proportion à partir de l'échéance suivante. Pour les contrats d'ores et déjà libérés du paiement des primes, la libération de primes est maintenue dans son intégralité.

## **Dispositions finales**

### **22 Communications et obligation d'informer**

- 22.1 Au preneur d'assurance:  
Toutes les communications au preneur d'assurance resp. aux interlocuteurs par lui désignés sont effectuées à la dernière adresse, en Suisse, connue de l'assureur.
- 22.2 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.
- 22.3 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.

### **23 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.

### **24 Bases juridiques**

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

