

Conditions générales d'assurance

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITE SUITE À UN ACCIDENT (ADI)

Edition 2022, en vigueur dès le 1er janvier 2022

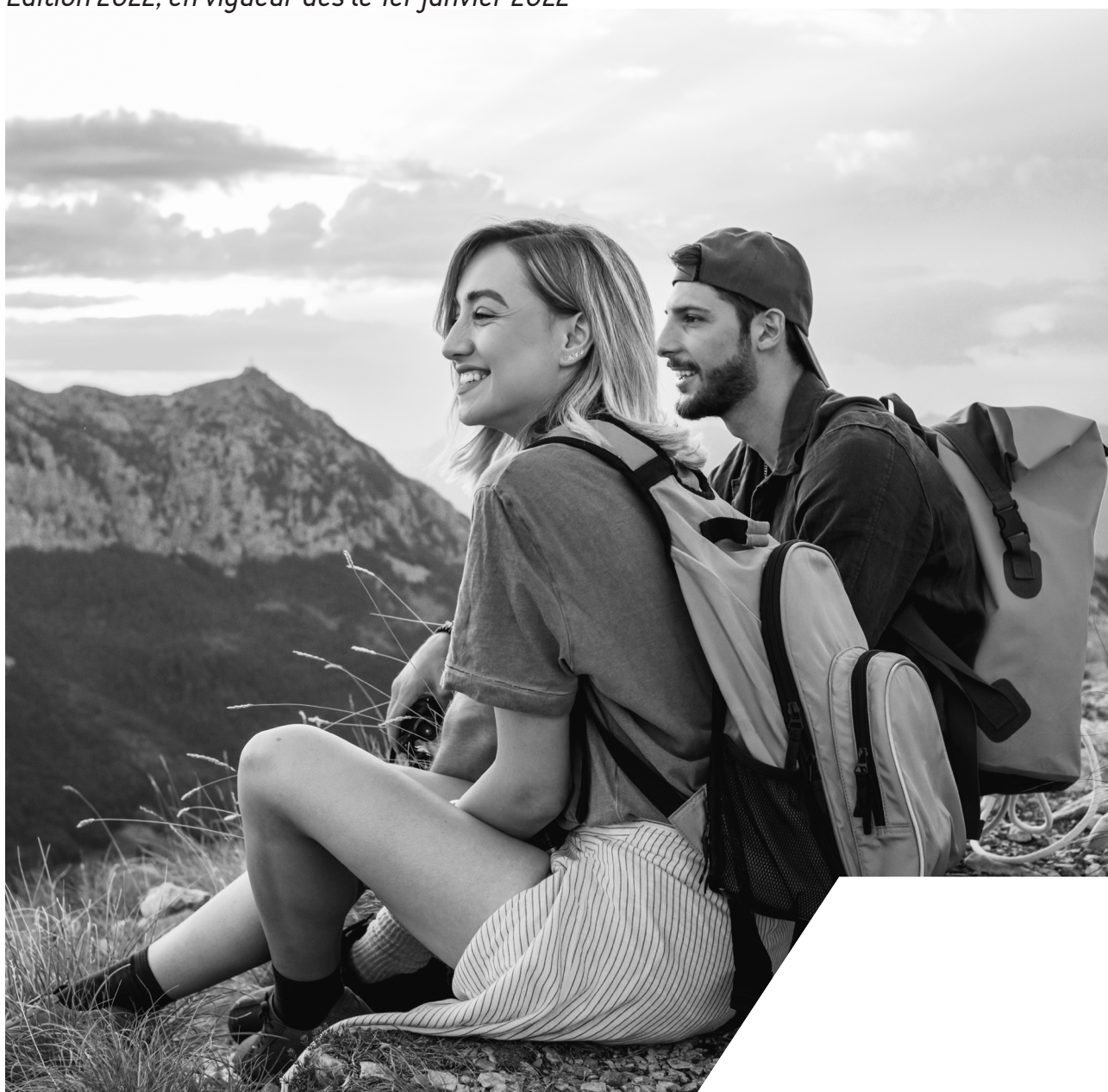


Table des matières

Étendue de la couverture d'assurance

1. Objet de l'assurance et assureur	3	15. Résiliation du contrat	8
2. Bases du contrat	3	15.1 Droit de rétractation	8
3. Validité territoriale	3	15.2 Délai de résiliation	8
4. Personnes assurées	3	15.3 Résiliation en cas d'accident	9
		15.4 Résiliation en cas d'adaptation de la prime	9
		<i>Prime</i>	

Définitions

5. Désignation de personnes	3	16. Paiement de la prime et échéance	9
6. Accident	3	17. Rappel et conséquences	9
		18. Modifications de la prime	9
		18.1 Adaptations tarifaires	9
		18.2 Adaptation en fonction de l'âge	9

Prestations d'assurance

7. Décès	4	<i>Droits et obligations en cas de sinistre</i>	
7.1 Bénéficiaires en cas de décès	4	19. Notification du dommage	9
7.2 Somme d'assurance doublée en cas de décès	4	20. Obligations du partenaire contractuel de l'assureur maladie ou de l'ayant droit	9
8. Invalidité	4	21. Échéance et paiement des prestations d'assurance	10
8.1 Détermination du degré d'invalidité	4		
8.2 Détermination du capital invalidité	6		
8.3 Paiement sous forme de rente	7		
9. Limitation des prestations	7	<i>Informations conformément à la loi sur le contrat d'assurance</i>	
9.1 Sommes maximales assurées	7		
9.2 Limite d'âge	7		

Limitations de la couverture d'assurance

10. Exclusions	7	22. Informations avant la conclusion du contrat	10
11. Réductions	8	23. Protection des données	10
11.1 Négligence grave	8	<i>Dispositions finales</i>	
11.2 Facteurs étrangers à l'accident	8		
11.3 Violation des obligations en cas de sinistre	8	24. Forme écrite	11

12. Décès provoqué par un ayant droit	8	25. Cession et nantissement	11
--	----------	------------------------------------	-----------

Début et fin du contrat

13. Début du contrat	8	26. Ajustement des bases du contrat	11
14. Durée du contrat	8	27. Communications	11
		28. For juridique	11
		29. Entrée en vigueur	11

Étendue de la couverture d'assurance

1. Objet de l'assurance et assureur

SOLIDA Assurances SA, Saumackerstrasse 35, 8048 Zurich (SOLIDA) est l'assureur et donc le porteur du risque. Elle assure les clients existants de l'assureur maladie contre les conséquences économiques des accidents subis par l'assuré pendant la durée du contrat.

La prestation d'assurance est due indépendamment du fait que l'événement assuré ait causé une perte d'actifs ou de la fourniture de prestations d'une autre entreprise d'assurance.

L'assureur maladie désigné dans la confirmation d'assurance a conclu avec SOLIDA un contrat d'assurance collective pour la couverture d'assurance en cas de décès et d'invalidité suite à un accident.

Le partenaire contractuel de l'assureur maladie ou une personne qu'il représente légalement peut souscrire à la couverture d'assurance. La couverture d'assurance entre en vigueur avec l'approbation de la souscription par l'assureur maladie à la date convenue.

Le partenaire contractuel de l'assureur maladie n'a pas de contrat avec SOLIDA. Conformément à l'art. 95a de la loi sur le contrat d'assurance (LCA), l'assuré ou l'ayant droit bénéficie d'un droit de créance direct envers SOLIDA en cas d'accident assuré.

2. Bases du contrat

Les déclarations écrites que le partenaire contractuel, l'assuré et ses représentants donnent lors de la souscription et dans d'autres documents sont les bases du contrat entre l'assurance maladie et son partenaire contractuel.

Les droits et obligations des parties contractantes sont définis dans la confirmation d'assurance, les éventuels avenants et les conditions générales d'assurance (CGA).

Dans la mesure où une question n'est pas spécifiquement réglée dans les documents susmentionnés, les parties se réfèrent expressément à la LCA, à la loi sur la surveillance des assurances (LSA) et à l'Ordonnance sur la surveillance (OS).

3. Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier, mais uniquement pendant les voyages et les séjours d'une durée maximale de douze mois en dehors de la Suisse et de la Principauté de Liechtenstein. L'assurance prend fin à l'expiration du mois d'assurance dans lequel l'assuré déplace son domicile à l'étranger et ne poursuit aucune autre assurance auprès de l'assureur maladie correspondant.

4. Personnes assurées

Les personnes mentionnées dans la confirmation d'assurance sont assurées.

Définitions

5. Désignation de personnes

Pour des raisons de lisibilité, ces documents ne contiennent pas de nom de personne.

6. Accident

Un accident est défini comme l'effet dommageable soudain et non intentionnel d'un facteur externe inhabituel sur le corps humain.

Sont assimilées à des accidents les lésions corporelles assimilables à des accidents, énumérées de manière exhaustive, pour autant qu'elles ne soient pas principalement dues à l'usure ou à la maladie: fractures, luxations, déchirures du ménisque, déchirures musculaires, elongations musculaires, déchirures tendineuses, lésions ligamentaires et lésions du tympan.

Sont également considérés comme accidents:

- les lésions corporelles dues à l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et à l'ingestion accidentelle de substances toxiques ou corrosives;
- la noyade;
- les atteintes à la santé suivantes, à condition que la personne assurée en souffre involontairement et qu'elles soient causées par un événement accidentel assuré: gelures, coups de chaleur, insolation et dommages à la santé causés par les rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil.

Ne sont pas considérées comme des accidents les maladies de toute nature, notamment les maladies professionnelles, les maladies infectieuses, l'exposition à des radiations ionisantes, les dommages causés par des mesures de traitement et d'examen ne résultant pas d'un accident assuré ou les opérations sur le propre corps de l'assuré.

Prestations d'assurance

7. Décès

Si la personne assurée décède dans les cinq ans à la suite d'un accident, SOLIDA verse la somme assurée pour le décès, déduction faite des indemnités d'invalidité déjà versées pour le même accident, si une couverture accident existait au moment de l'accident.

Le montant maximum de la prestation de décès est limité pour les groupes suivants de personnes:

- enfants jusqu'au 30^{ème} mois révolu:
CHF 2500
- enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus:
CHF 20 000
- adultes à partir de 65 ans révolus:
CHF 20 000

7.1 Bénéficiaires en cas de décès

Le partenaire contractuel de l'assureur maladie peut désigner ou exclure des bénéficiaires par notification écrite à l'assureur maladie, en modification du règlement suivant.

Une telle déclaration peut être révoquée ou modifiée à tout moment par notification écrite à l'assureur maladie. En l'absence de désignation spécifique, les bénéficiaires sont désignés exclusivement dans l'ordre suivant:

- le conjoint ou le partenaire enregistré,
- les enfants, les beaux-enfants ou les enfants adoptés,
- les parents,
- les grands-parents,
- les frères et sœurs
selon la législation sur la succession.

Si aucun des ayants droit n'est disponible, seuls les frais d'obsèques sont remboursés jusqu'à concurrence de 10% du capital assuré en cas de décès, mais au maximum CHF 10 000.

7.2 Somme d'assurance doublée en cas de décès

Si la personne assurée est mariée ou vit en partenariat enregistré et que le même événement accidentel entraîne le décès des deux conjoints, respectivement des partenaires enregistrés, le capital-décès assuré est à nouveau versé à parts égales aux enfants survivants mineurs ou en incapacité permanente, aux beaux-enfants ou aux enfants adoptés ayant besoin d'assistance.

8. Invalidité

Si une invalidité médicale théorique susceptible d'être permanente survient dans les cinq ans qui suivent l'accident et si une couverture accident existait au moment de l'accident, une indemnité forfaitaire d'invalidité sera versée dont le montant sera déterminé en fonction du degré d'invalidité, de la somme assurée convenue et de la variante de prestations choisie. Une incapacité de travail ou de gain due à l'événement ne sera pas prise en compte. Seule la personne assurée a droit au capital invalidité.

8.1 Détermination du degré d'invalidité

Pour le calcul du degré d'invalidité, les principes ci-après s'appliquent:

- a) La perte ou l'incapacité totale de se servir des deux bras ou mains, des deux jambes ou des deux pieds, ou la perte simultanée d'une main et d'un pied, la paralysie totale ou la cécité totale sont considérées comme une invalidité totale.

En cas d'invalidité partielle, la quote-part de la somme assurée prévue en cas d'invalidité complète est versée en fonction du degré d'invalidité atteint. Ce degré d'invalidité est déterminé selon le barème suivant:

– bras supérieur	70%
– avant-bras	65%
– main	60%
– pouce avec métacarpe	25%
– pouce, métacarpe préservé	22%
– phalange du pouce	10%
– index	15%
– majeur	10%
– annulaire	9%
– auriculaire	7%
– une jambe à la hauteur de la cuisse	60%
– une jambe à la hauteur ou au-dessous du genou	50%
– un pied	45%
– un gros orteil	8%
– autres orteils (chacun)	3%
– vision d'un œil	30%
– vision d'un œil lorsque celle de l'autre œil était déjà totalement perdue avant l'accident	50%
– audition des deux oreilles	60%
– audition d'une oreille	15%
– audition d'une oreille, si l'audition de l'autre oreille était déjà totalement perdue avant l'accident	30%
– odorat	10%
– goût	10%
– rein	20%
– rate	5%
– limitation fonctionnelle douloureuse et très grave de la colonne vertébrale	50%

b) SOLIDA verse, pour les déformations graves et permanentes du corps humain causées par un accident (dommages esthétiques tels que cicatrices), pour lesquelles aucun capital invalidité n'est dû, mais qui entraînent néanmoins une aggravation de la situation sociale de l'assuré:

- 10% du montant d'assurance convenu dans la confirmation d'assurance pour invalidité en cas de défiguration du visage et/ou
- 5% du montant de l'assurance pour invalidité convenu dans la confirmation d'assurance en cas de préjudices esthétiques à d'autres parties du corps habituellement visibles.

Aucune progression n'est accordée sur ces degrés d'invalidité et la prestation pour les dommages esthétiques est également limitée à un total de CHF 20 000.

- c) En cas de perte partielle ou d'une incapacité partielle de l'usage fonctionnel, le degré d'invalidité est réduit en proportion.
- d) L'incapacité totale d'utiliser des membres ou des organes est assimilée à une perte.
- e) Dans les cas non mentionnés ci-dessus, l'application du taux d'invalidité se fait conformément aux mêmes directives que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ou à l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA).
- f) En cas de perte ou d'incapacité simultanée de l'usage de plusieurs parties du corps, le degré d'invalidité, ne pouvant toutefois pas dépasser 100%, est en règle générale déterminé par l'addition des pourcentages.
- g) L'aggravation des conséquences de l'accident du fait de défauts physiques préexistants ne donne pas droit à une indemnisation plus élevée de celle qui serait due si l'accident avait touché une personne valide.

Si, avant l'accident, l'assuré avait déjà subi la perte totale ou partielle ou l'usage de certaines parties de son corps, la détermination du degré d'invalidité se fait sous déduction du taux d'invalidité déjà existant déterminé selon les principes exposés ci-dessus.

- h) La détermination définitive du degré d'invalidité se fait uniquement sur la base de l'état de la personne assurée censé être permanent. SOLIDA peut toutefois faire constater définitivement le degré d'invalidité cinq ans après l'accident ou plus tard. Le degré d'invalidité actuel est déterminé au moment de la constatation. Les modifications du degré d'invalidité survenant après cette détermination, c'est-à-dire également les rechutes et les effets tardifs, ne sont plus couvertes.

8.2 Détermination du capital invalidité

Le capital invalidité est calculé comme suit:

- pour la partie du degré d'invalidité n'excédant pas 25%, sur la base de la somme d'assurance simple;
- pour la partie du degré d'invalidité dépassant 25% mais n'excédant pas 50 %, sur la base de trois fois la somme assurée;
- pour la partie du degré d'invalidité dépassant 50%, sur la base de cinq fois la somme assurée.

La prestation en pourcentage du montant de l'assurance pour invalidité est versée comme suit:

Degré d'invalidité	Prestation	Degré d'invalidité	Prestation
26%	28%	64%	170%
27%	31%	65%	175%
28%	34%	66%	180%
29%	37%	67%	185%
30%	40%	68%	190%
31%	43%	69%	195%
32%	46%	70%	200%
33%	49%	71%	205%
34%	52%	72%	210%
35%	55%	73%	215%
36%	58%	74%	220%
37%	61%	75%	225%
38%	64%	76%	230%
39%	67%	77%	235%
40%	70%	78%	240%
41%	73%	79%	245%
42%	76%	80%	250%
43%	79%	81%	255%
44%	82%	82%	260%
45%	85%	83%	265%
46%	88%	84%	270%
47%	91%	85%	275%
48%	94%	86%	280%
49%	97%	87%	285%
50%	100%	88%	290%
51%	105%	89%	295%
52%	110%	90%	300%
53%	115%	91%	305%
54%	120%	92%	310%
55%	125%	93%	315%
56%	130%	94%	320%
57%	135%	95%	325%
58%	140%	96%	330%
59%	145%	97%	335%
60%	150%	98%	340%
61%	155%	99%	345%
62%	160%	100%	350%
63%	165%		

8.3 Paiement sous forme de rente

Si la personne assurée a atteint l'âge de 65 ans révolus au moment de l'accident, la prestation d'assurance pour invalidité permanente au sens des dispositions ci-dessus est versée sous forme de rente à vie.

La rente est déterminée de manière définitive et est payable par trimestre et d'avance. Aucune progression n'est accordée. Pour chaque tranche de CHF 1000 de capital invalidité, le montant annuel est de:

Âge:	Rente annuelle:
66	CHF 86.00
67	CHF 89.00
68	CHF 93.00
69	CHF 96.00
70	CHF 100.00
Au-delà	CHF 125.00

Seule la personne assurée a droit aux prestations.

9. Limitations des prestations

9.1 Sommes maximales assurées

La somme maximale assurée pour le décès des enfants jusqu'au 30^{ème} mois révolu s'élève à CHF 2500 et pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus à CHF 20 000.

Les sommes maximales assurées suivantes s'appliquent aux personnes âgées de plus de 65 ans, la progression de l'assurance invalidité n'étant pas applicable:

Décès:	CHF	20 000
Invalidité:	CHF	100 000

Les assurances supérieures existantes sont automatiquement réduites une fois que cette limite d'âge est atteinte.

9.2 Limite d'âge

Les nouvelles polices et les augmentations des montants assurés peuvent être souscrites jusqu'à l'âge de 65 ans révolus.

Limitations de la couverture d'assurance

10. Exclusions

Sont exclus de l'assurance les accidents

- du fait d'une guerre, d'une guerre civile et/ou d'états similaires à ceux de la guerre
 - en Suisse, dans la principauté du Liechtenstein et/ou dans les pays limitrophes,
 - à l'étranger, sauf si l'accident se manifeste dans un délai de 14 jours suivant la première survenue de tels événements dans le pays où la personne assurée se trouve et qu'elle a été surprise par l'événement guerrier;
- du fait de tremblements de terre en Suisse et dans la principauté du Liechtenstein;
- du fait de dangers exceptionnels. Sont considérés comme tels:
 - service militaire à l'étranger,
 - participation à des actes de guerre et à des actes terroristes,
 - participation à des bagarres et à des rixes, à moins que l'assuré n'ait été blessé par les adversaires en tant que simple témoin ou en portant secours à une personne sans défense,
 - dangers auxquels la personne assurée s'expose en provoquant fortement les autres,
 - les conséquences des troubles de toute nature, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas été actif aux côtés des auteurs de troubles ou impliqué par incitation;
- à la suite ou à l'occasion de l'exercice ou de la tentative d'exercice ou de participation à des délits ou crimes, intentionnels ou reconnus, par l'assuré ou le bénéficiaire;
- suite à l'effet de rayons ionisants et de dommages du fait de l'énergie nucléaire;
- dans lequel l'assuré a un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 2 pour mille, à moins qu'il n'y ait manifestement aucun lien de causalité entre l'ivresse et l'accident;
- à la suite d'une prise de risque (les actions risquées sont des actions par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement important sans prendre ou pouvoir prendre les précautions limitant ledit risque à un niveau raisonnable);
- lors de l'utilisation d'un aéronef en tant que pilote militaire, autre membre d'équipage militaire et grenadier parachutiste;

- à l’occasion de sauts militaires en parachute;
- dans le cas de voyages aériens, si la personne assurée enfreint intentionnellement les réglementations officielles ou n’est pas en possession des pièces d’identité et des permis officiels.

Sont exclus de l’assurance:

- le suicide ou l’atteinte à la santé de l’assuré causée intentionnellement ou en état d’incapacité de jugement totale ou partielle;
- l’atteinte à la santé à la suite de l’ingestion ou de l’injection délibérée de médicaments, de drogues et de produits chimiques;
- les atteintes à la santé résultant d’interventions médicales ou chirurgicales n’ayant pas été rendues nécessaires par un accident assuré.

11. Réductions

11.1 Négligence grave

L’assureur renonce au droit de réduire les prestations lorsque l’accident assuré a été provoqué par une négligence grave.

11.2 Facteurs étrangers à l’accident

Si des facteurs non liés à l’accident influencent le déroulement d’un accident assuré ou les conséquences de l’accident, l’assureur ne paie qu’une partie des prestations convenues correspondant à la part imputable à l’accident qui sera déterminée par une évaluation médicale.

Les facteurs aggravant les conséquences de l’accident, tels que les maladies et infirmités mentales ou physiques préexistantes, sont déjà déduits lors de la détermination du degré d’invalidité et non lors de la détermination du capital invalidité.

11.3 Violation des obligations en cas de sinistre

En cas de manquement fautif aux obligations incombant au partenaire du contrat d’assurance maladie, à l’assuré ou au bénéficiaire, SOLIDA est autorisée à réduire l’indemnité du montant qui aurait été diminuée si l’obligation avait été correctement remplie (cf. art. 19 et 20).

12. Décès provoqué par un ayant droit

Si une personne ayant droit au capital en cas de décès a causé le décès de l’assuré à la suite ou à l’occasion de l’accomplissement ou de la tentative d’accomplissement ou de la participation à des crimes ou délits intentionnels ou reconnus, elle n’a pas droit au capital en cas de décès. Celui-ci est versé aux autres ayants droit au sens de l’art. 7.1.

Début et fin du contrat

13. Début du contrat

La couverture d’assurance commence à la date convenue dans la confirmation d’assurance ou dans la confirmation écrite d’acceptation de l’assureur maladie.

14. Durée du contrat

La durée convenue dans la confirmation d’assurance s’applique au partenaire contractuel de l’assureur maladie et à la personne assurée. La durée minimale du contrat est d’un an. À l’expiration de la durée convenue, le contrat est prolongé d’un an dans la mesure où il n’est résilié dans les délais par aucune des parties (cf. art. 15.2).

15. Résiliation du contrat

15.1 Droit de rétractation

Le partenaire contractuel de l’assureur maladie peut annuler sa souscription par écrit dans les 14 jours suivant la souscription.

15.2 Délai de résiliation

Le partenaire contractuel de l’assureur maladie et l’assureur maladie peuvent résilier l’assurance pour la fin d’une année civile en respectant un délai de préavis de trois mois.

15.3 Résiliation en cas d'accident

Après chaque accident pour lequel une prestation doit être fournie, le partenaire contractuel de l'assureur maladie peut résilier le contrat par écrit au plus tard 14 jours après avoir pris connaissance du paiement. Le contrat prend fin à la réception de la résiliation par l'assureur maladie. En cas de résiliation prématurée du contrat, la prime non utilisée sera remboursée au partenaire contractuel de l'assureur maladie.

15.4 Résiliation en cas d'adaptation de la prime

Si la prime est adaptée aux nouveaux tarifs, le partenaire contractuel de l'assureur maladie a le droit de résilier le contrat dans son intégralité pour la fin de l'année civile en cours. S'il fait usage de cette faculté, le contrat prend fin, dans la mesure qu'il a déterminée, à la fin de l'année civile. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'assureur maladie au plus tard le dernier jour de l'année civile.

Prime

16. Paiement de la prime et échéance

La prime doit être payée au préalable à la date mentionnée dans la confirmation d'assurance.

17. Rappel et conséquences

Si la prime n'est pas payée dans les 30 jours suivant l'échéance, l'assureur maladie demande par écrit à son partenaire contractuel d'effectuer le paiement dans les 14 jours suivant l'envoi du rappel, en indiquant les conséquences du défaut de paiement. En cas d'échec du rappel, l'obligation d'exécution est suspendue à l'expiration du délai de rappel. L'obligation de verser des prestations entre à nouveau en vigueur pour les accidents futurs lorsque tous les arriérés ont été payés et acceptés par l'assureur maladie.

18. Modifications de la prime

Dans les deux cas suivants (cf. art. 18.1 et 18.2), le partenaire contractuel de l'assurance maladie a le droit de résilier le contrat pour la fin de l'année civile en cours. Pour être valable, l'avis de résiliation doit parvenir à l'assureur maladie au plus tard le dernier jour de l'année civile (cf. également art. 15.4). Si le partenaire contractuel de l'assureur maladie ne résilie pas le contrat, l'adaptation du contrat est considérée comme acceptée.

18.1 Adaptations tarifaires

Si les primes du tarif changent, l'assureur-maladie peut demander l'adaptation du contrat avec effet à partir de l'année civile suivante. À cet effet, il doit informer le partenaire contractuel de la nouvelle prime ou des nouvelles conditions contractuelles au moins 25 jours avant la fin de l'année civile.

18.2 Adaptation en fonction de l'âge

Les primes sont calculées en fonction du tarif applicable au groupe d'âge correspondant et sont adaptées au groupe d'âge suivant dès que l'assuré a dépassé l'âge limite d'un groupe. L'assureur maladie informe le partenaire contractuel de la nouvelle prime 25 jours avant l'expiration de l'année civile.

Droits et obligations en cas de sinistre

19. Notification du dommage

La survenance de tout événement assuré susceptible de donner droit à des prestations d'assurance doit immédiatement être signalée à SOLIDA.

20. Obligations du partenaire contractuel de l'assureur maladie, respectivement de l'ayant droit

Le partenaire contractuel de l'assureur maladie, l'assuré ou le bénéficiaire doit tout mettre en oeuvre pour faciliter l'élucidation de l'accident et de ses suites. En particulier, l'assuré doit délier du secret professionnel à l'égard de SOLIDA les médecins qui le soignent ou l'ont soigné.

Les violations des obligations entraînent une réduction des indemnités conformément à l'art. 11.3 pour le partenaire contractuel de l'assureur maladie, l'ayant droit ou la personne assurée.

Lors de la perte de tout droit en cas d'omission, l'assuré, le partenaire contractuel de l'assureur maladie ou le bénéficiaire est tenu de fournir à SOLIDA dans les 30 jours à compter de la demande écrite correspondante tous les renseignements exigés sur l'état de santé antérieur et actuel ainsi que sur l'accident et le processus de guérison.

21. Échéance et paiement des prestations d'assurance

La créance du contrat d'assurance collectif selon l'art. 95a LCA devient exigible quatre semaines après la réception par l'assureur de toutes les informations et certificats médicaux avec lesquels il peut se convaincre du bien-fondé et de l'étendue du droit aux prestations. La personne assurée est l'ayant droit, à l'exception du capital en cas de décès conformément à l'art. 7.1.

Informations conformément à la loi sur le contrat d'assurance

22. Informations avant la conclusion du contrat

Avant de conclure le contrat, l'assureur-maladie informe le futur partenaire contractuel du contenu du contrat, à savoir les risques assurés, l'étendue de la couverture d'assurance, les autres obligations du partenaire contractuel de l'assurance-maladie et l'identité de l'assureur en remettant le formulaire de souscription ainsi que les conditions contractuelles et les brochures.

23. Protection des données

L'assureur maladie est responsable du traitement des données à caractère personnel en rapport avec la déclaration d'assurance, le traitement des données et l'encaissement.

SOLIDA agit en tant que société responsable du traitement des données personnelles dans le traitement des réclamations. Les données personnelles sont traitées par les entreprises responsables susmentionnées à des fins découlant des documents contractuels ou de l'exécution du contrat, notamment pour la détermination de la prime, la clarification des risques, le traitement des demandes d'assurance et pour des évaluations statistiques. Le partenaire contractuel de l'assureur maladie accepte par ailleurs le traitement de ses données à des fins de marketing en signant le contrat d'assurance.

Dans la mesure où cela est nécessaire, l'assureur maladie et SOLIDA transfèrent les données à traiter à des tiers impliqués dans l'exécution du contrat. Ils peuvent par conséquent également transférer des données à des entreprises de coassurance ou de réassurance. L'assureur maladie et SOLIDA peuvent par ailleurs obtenir des informations pertinentes (données sanitaires, administratives et pénales), notamment sur l'historique des sinistres, auprès d'organismes officiels et d'autres tiers. Ceci s'applique indépendamment de la conclusion du contrat. Le partenaire contractuel de l'assureur maladie a le droit de demander à SOLIDA et à l'assureur maladie les informations prévues par la loi concernant le traitement des données le concernant. Les sociétés responsables conservent les données personnelles dans le cadre des obligations légales de conservation. Elles conservent par ailleurs les données personnelles pertinentes au-delà de la période de conservation légale si cela est nécessaire pour l'exécution et la défense des revendications légales de l'une des deux entreprises responsables. La durée du stockage dépend, entre autres, des délais de prescription légaux ou de la durée pendant laquelle les réclamations peuvent être invoquées contre SOLIDA ou l'assureur maladie. Les données personnelles qui ne sont plus nécessaires sont supprimées ou anonymisées conformément à la loi.

Dispositions finales

24. Forme écrite

Dans le cas d'une révocation, d'une résiliation ou d'un rappel, une communication écrite est nécessaire.

25. Cession et nantissement

Les droits aux prestations assurées ne peuvent, sans l'accord exprès de l'assureur, être ni cédés ni nantis avant leur détermination définitive.

26. Ajustement des bases du contrat

Si les CGA sont modifiées à partir de l'année civile suivante, les nouvelles conditions d'assurance s'appliquent au partenaire contractuel de l'assureur maladie et à l'assureur maladie. L'assureur maladie communique l'adaptation au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année civile. Le partenaire contractuel a le droit de résilier le contrat pour la fin de l'année civile en cours. La notification de la résiliation est réputée avoir été faite en temps utile si elle est reçue par l'assureur maladie au plus tard le dernier jour de l'année civile. L'absence de notification vaut consentement à l'adaptation des CGA.

27. Communications

Toutes les communications doivent être adressées à l'assureur maladie, à l'exception de la déclaration de sinistre adressée à SOLIDA. SOLIDA reconnaît que toutes les communications à l'assureur maladie lui ont été adressées.

Toutes les notifications de l'assureur maladie ou de SOLIDA sont valablement envoyées à la dernière adresse en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein indiquée par le partenaire contractuel de l'assureur maladie.

28. For juridique

À la suite d'un accident, SOLIDA reconnaît le for juridique en ce qui concerne le droit de recours direct découlant du contrat d'assurance collective selon l'art. 95a LCA comme for juridique pour le siège social ou le domicile suisse du partenaire contractuel de l'assureur maladie ou la personne assurée.

29. Entrée en vigueur

Les présentes CGA entrent en vigueur le 01/01/2022 pour les accidents survenus à compter de cette date.

