



## CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE POUR UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE COLLECTIVE D'INDEMNITES JOURNALIERES POUR PERTE DE GAIN A LA SUITE D'UNE MALADIE NON PROFESSIONNELLE OU D'UN ACCIDENT NON PROFESSIONNEL DES MEMBRES DU PERSONNEL EMPLOYES DU CERN ET AFFILIES A L'ASSOCIATION DU PERSONNEL DU CERN

### PREAMBULE

La succursale de Genève de UNIQA Österreich Versicherungen AG, succursale de Zürich offre aux membres du personnel du CERN et affiliés à l'Association du Personnel du CERN la possibilité de s'assurer à titre privé contre une perte de salaire éventuelle en cas de maladie non professionnelle ou d'accident non professionnel. Bien que tout membre du personnel soit au bénéfice d'une protection sociale de base, la partie du risque de perte de salaire non garantie par le CERN peut être couverte par un contrat d'assurance basé sur les présentes Conditions Générales d'Assurance.

### Art. 1 : BASES GENERALES

Les bases de l'assurance complémentaire d'indemnités journalières pour perte de gain à la suite d'une maladie non professionnelle ou d'un accident non professionnel sont constitués par :

- a) les présentes Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.),
- b) la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 pour les questions qui ne sont pas réglées par les C.G.A. ci-dessus sous lettre a,
- c) les déclarations écrites que le proposant fait dans la proposition et éventuellement dans d'autres documents,
- d) les articles du Statut et Règlement du Personnel du CERN et des circulaires administratives pertinentes du CERN, ainsi que les éventuelles modifications qui y sont apportées en tant qu'ils définissent :
  - l'existence d'une maladie non professionnelle ou d'un accident non professionnel
  - la période de réduction du salaire pour la maladie non professionnelle ou l'accident non professionnel, qui correspond à la durée des prestations de l'assureur.

### Art.2 : OBJET DE L'ASSURANCE

L'assurance couvre, dans les limites des dispositions contractuelles, la perte de gain résultant d'une incapacité de travail due à une maladie non

professionnelle ou à un accident non professionnel et attestée par un médecin.

### Art. 3: AFFILIATION

L'assurance est nominative. L'acceptation des risques à assurer est spécifiée aux art. 7 et 12.

### Art. 4 : DEFINITIONS

#### 4.1 Maladie

Toute altération de santé (y compris les affections mentales) constatée par une autorité médicale compétente.

#### 4.2 Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique corporelle causée par l'action soudaine d'une force extérieure, y compris par les radiations tirant leur origine de l'accélération des particules et/ou des radio-isotopes, étant d'autre part entendu qu'un effort physique personnel entraînant une lésion de caractère physique ou psychique est assimilé à un accident

#### 4.3 Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail lorsque, à la suite d'une maladie ou d'un accident couvert par l'assurance, l'assuré s'avère totalement ou partiellement incapable d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative correspondant à sa position sociale, à ses connaissances et à ses capacités.

#### 4.4 Médecin

Tout médecin titulaire du diplôme fédéral et autorisé à exercer sa profession ou tout médecin au bénéfice d'un diplôme étranger jugé équivalent.

#### 4.5 Hôpital

Tout établissement de soins médicaux, chirurgicaux ou de rééducation fonctionnelle, sous le contrôle permanent ou sous la direction d'un médecin disposant d'un personnel à temps complet et :



- a) assurant principalement le traitement stationnaire des malades et des blessés;
- b) disposant du matériel et des installations nécessaires aux traitements;
- c) tenant à jour pour chaque cas un dossier médical.

## Art. 5 : VALIDITE TERRITORIALE

### 5.1

L'assurance est valable en Suisse et dans les deux départements français limitrophes du canton de Genève (l'Ain et la Haute-Savoie) ci-après "zone frontalière".

### 5.2

Tant que le contrat d'engagement avec le CERN n'est pas rompu, l'assuré qui se rend à l'étranger reste au bénéfice de l'assurance dans le monde entier pendant 180 jours au plus. Passé ce délai, l'assurance est, sauf convention contraire, suspendue.

### 5.3

Tout changement de domicile et tout changement de lieu de séjour (à l'étranger) doivent être communiqués à l'assureur.

## Art. 6 : PRIME

### 6.1 Calcul de la prime

La prime est due pour une année civile. La prime est calculée sur le traitement annuel minimum, s'élevant à douze fois le traitement mensuel figurant à l'annexe RA 5 du Statut et Règlement du personnel du CERN. Le montant de la prime est indiqué dans la police d'assurance.

### 6.2 Prime anticipée et décompte définitif de la prime

#### 6.2.a

L'assuré doit payer, au début de chaque année civile, une prime fixée provisoirement (prime anticipée) correspondant le plus possible à la prime effective présumée. Le délai de paiement est de 1 mois après l'échéance.

#### 6.2.b

Le décompte définitif de la prime est établi à la fin de chaque année civile ou après la résiliation du contrat. A cet effet, l'assureur remet un formulaire à l'assuré en l'invitant à y indiquer toutes les données nécessaires à l'établissement du décompte définitif. La prime complémentaire en résultant doit être payée dans un délai d'un mois après que l'assureur en a communiqué le montant à l'assuré. L'assureur rembourse à l'assuré une prime éventuellement payée en trop dans le même délai, à compter de l'établissement du décompte de la prime définitive.

Si l'assuré ne retourne pas, dans un délai d'un mois suivant sa réception, le formulaire pour l'établissement du décompte définitif de la prime, l'assureur a le droit de fixer la prime définitive présumée selon ses propres estimations.

#### 6.2.c

L'assureur est autorisé à vérifier les données fournies par l'assuré qui doit, à cet effet, lui accorder un droit de regard sur tous les éléments déterminants (fiche de salaire, etc.). Si les déclarations de l'assuré relatives aux bases du calcul de la prime ne sont pas conformes à la réalité, l'assureur lui adresse une sommation, au frais de l'assuré, de rectifier sa déclaration dans les 30 jours à partir de l'envoi de ladite sommation. Si la sommation reste sans effet les obligations de l'assureur sont suspendues à partir de l'expiration du délai de 30 jours. Après rectification de la déclaration, l'assureur adressera à l'assuré un décompte de prime rectifié, avec effet rétroactif, que l'assuré acquittera, dans un délai de 30 jours.

#### 6.2.d

L'assureur peut adapter la prime anticipée (point 6.2.1 ci-dessus) au début de chaque année civile aux changements de la situation de l'assuré, en particulier au montant effectif du salaire soumis à la prime.

### 6.3 Conséquences du non-paiement des primes

Si la prime n'est pas acquittée dans les délais impartis, l'assureur somme l'assuré de la payer dans les 14 jours tout en lui rappelant les conséquences du retard. L'obligation de l'assureur est suspendue lorsque la prime n'est pas payée dans ce délai.

Si la prime et les frais sont payés dans les deux mois qui suivent l'expiration du délai, l'assureur remet en vigueur les assurances suspendues. Si les arriérés



sont payés plus tard, la remise en vigueur du contrat est subordonnée à un nouvel examen du risque. Même en cas de paiement ultérieur de la prime, les maladies/accidents survenus pendant la suspension ne sont alors pas couverts.

#### 6.4 Modification du tarif des primes

L'assureur peut modifier le taux de prime. Lors d'une modification du taux de la prime, l'assureur porte les nouvelles dispositions du contrat à la connaissance de l'assuré au plus tard 60 jours avant l'expiration de l'année d'assurance.

L'assuré a alors le droit de résilier le contrat, pour la fin de l'année d'assurance en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Faute de résiliation, l'assuré est censé accepter l'adaptation du contrat. Les nouvelles primes sont calculées selon les modalités approuvées par l'Office fédéral des assurances privées.

### Art. 7 : PERSONNES ASSUREES

#### 7.1

Peuvent s'assurer les membres du personnel employés et rémunérés régulièrement par le CERN. Est considérée comme rémunérée régulièrement toute personne liée par un contrat de travail et rémunérée sans interruption.

#### 7.2

Toutefois l'âge limite d'admission est fixé à 60 ans révolus.

#### 7.3

Les personnes ci-après ne peuvent s'assurer que lorsque l'assureur en convient expressément : les travailleurs à domicile, les personnes qui ne sont pas engagées en permanence par le CERN, les personnes présentant un risque aggravé.

### Art. 8 : EXTENSION DE LA GARANTIE

Dérogations en faveur de l'assuré :

L'assureur renonce à se prévaloir des dispositions légales sanctionnant la réticence, pour autant que 5 années se soient écoulées depuis la conclusion du contrat,

b) à invoquer le droit que lui confère la loi de réduire

ses prestations en cas de faute grave de l'assuré,

c) à invoquer le droit que lui confère la loi de résilier le contrat en cas de réalisation du risque à moins d'abus ou de tentative d'abus de l'assurance,

d) à appliquer les sanctions prévues à l'égard de l'assuré en cas de violation de ses obligations, s'il ressort des circonstances qu'elle ne résulte d'aucune faute de sa part.

### Art. 9 : CESSION DES DROITS

Sans l'assentiment formel de l'assureur, les droits aux prestations assurées ne peuvent être ni cédés ni constitués en gage avant le règlement définitif.

### Art. 10 : COMMUNICATIONS A L'ASSUREUR

#### 10.1

Toutes les communications doivent être adressées : à la succursale suisse de l'assureur à Genève ou au représentant désigné auprès de l'employeur

#### 10.2

Toutes communications incombant à l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse indiquée par l'assuré.

### Art.11 : LIEU D'EXECUTION, JURIDICTION ET FOR

Les obligations résultant de cette assurance doivent être exécutées sur territoire et en monnaie suisses.

La juridiction de droit commun est applicable pour le jugement des litiges. L'assuré et l'ayant droit peuvent choisir comme for soit:

Genève en tant que siège de la succursale suisse de l'assureur ou le domicile en Suisse de l'assuré ou de l'ayant droit.

### Art. 12 : COUVERTURE D'ASSURANCE

#### 12.1.a

Dès réception de la proposition d'assurance à la direction de l'assureur, celle-ci octroiera la couverture d'assurance provisoire au proposant pour toutes les maladies et tous les accidents. Le cas échéant, l'assurance cessera de déployer ses effets trois jours



après réception par le proposant du refus.

En l'absence de révocation, la protection provisoire durera jusqu'à ce que l'assuré soit en possession de la police pendant 30 jours au maximum.

#### 12.1.b

L'assureur décide de l'admission aux conditions normales ou du refus de l'assurance. En règle générale, il se détermine d'après les dossiers à sa disposition, mais il est en droit de faire dépendre sa décision de renseignements complémentaires à fournir par l'assuré ou d'un examen médical qu'il fait passer à ses frais, aux candidats pour lesquels il l'estime nécessaire. L'assuré est tenu de répondre de manière précise et véridique aux questions posées et ne doit taire aucun fait pouvant influencer la décision de l'assureur au sujet de son état de santé. En cas de violation de cette obligation, l'assureur cessera d'être lié au contrat, à la condition qu'il s'en soit départi dans les 4 semaines après avoir eu connaissance de la violation.

#### 12.1.c

Aucune prestation n'est payée par l'assureur avant l'expiration d'un délai de carence de douze mois à partir de la date d'affiliation.

#### 12.2 Fin de la couverture d'assurance :

- a) le contrat prend fin lorsque l'assuré n'est plus rémunéré régulièrement selon l'art. 7.1,
- b) lors de la résiliation du contrat ou lors de sa suspension par suite du non-paiement de la prime,
- c) lorsque l'assuré a résilié le contrat en accord avec l'art. 12.3,
- d) lors du décès de l'assuré,
- e) en cas d'exclusion, selon l'art. 16,
- f) lors du transfert du domicile à l'étranger, à l'exception d'un transfert en zone frontalière selon l'art. 5.1,
- g) durant un séjour à l'étranger de plus de 180 jours sauf convention contraire selon l'art. 5.2,
- h) lors de la cessation de l'activité lucrative, au plus tard cependant lorsque l'âge de 65 ans est atteint.

### 12.3 Résiliation

#### 12.3.a

A l'expiration de la durée convenue, le contrat se renouvelle tacitement d'année en année s'il n'est pas dénoncé par l'assuré 2 mois au moins avant son expiration. La résiliation est considérée comme intervenue à temps si elle parvient à l'assureur au plus tard le jour qui précède le début du délai des 2 mois. En cas de résiliation par l'assuré, l'assureur conserve son droit à la prime relative à l'année d'assurance en cours.

#### 12.3.b

Chaque fois que l'assureur est appelé à fournir une prestation, l'assuré concerné peut résilier son contrat, au plus tard 14 jours après qu'il a eu connaissance du paiement. S'il résilie, sa couverture cesse au moment où la communication parvient à l'assureur. L'assureur conserve son droit à la prime relative à l'année d'assurance en cours.

### Art. 13 : LIMITATION DE LA GARANTIE

Sont exclus de l'assurance :

- a) l'incapacité de travail existant au moment de l'adhésion,
- b) les maladies et les séquelles d'accidents en cours lors de l'entrée en vigueur du contrat, qui ont fait l'objet des renseignements complémentaires selon Art. 12.1 lit. b des C.G.A et que l'assureur a spécifiquement exclus.
- c) les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire et intentionnel de l'assuré tels que la mutilation volontaire,
- d) les maladies ou accidents dont pourraient souffrir les assurés mobilisés, ou engagés volontaires en temps de guerre, l'assurance étant suspendue à leur égard,
- e) les conséquences des blessures ou lésions provenant de la participation active à des courses de vitesse de véhicules automobiles et de compétitions sportives dangereuses assorties de paris ; les suites de compétitions sportives à titre non professionnel autres que celles-ci sont normalement couvertes,
- f) les conséquences d'insurrection ou d'émeute si l'assuré, en y prenant part, a contrevenu aux lois en vigueur ; de même sont exclues les conséquences de



rixes, sauf en cas de légitime défense,

g) les conséquences d'interventions destinées à corriger ou à éliminer des défauts ou des imperfections physiques, à moins qu'elles ne soient nécessitées par un événement assuré,

h) les maladies ou accidents résultants de l'abus, par l'assuré, de boissons alcooliques ou de stupéfiants non médicalement prescrits,

i) les maladies ou accidents constituant des suites directes de crimes ou de délits caractérisés commis intentionnellement,

j) les suites directes ou indirectes d'explosion ou de dégagement de chaleur, d'irradiation ou d'émission toxique provenant de l'emploi, du transport ou de la détention d'ensembles critiques de matériaux fissiles tels que visés par la convention de Paris du 19 juillet 1960 et ses amendements,

k) sous réserve de l'Article 13.1.1, les accidents d'aviation, de vol ou de saut (aéroplane, planeur, aile delta, parapente, ULM, parachute, ou autres appareils ou équipements similaires) lorsque ces vols ou ces sauts sont entrepris en contrevenant aux prescriptions des autorités, ou sans avoir obtenu les permis et attestations officiels, ou sans avoir contracté une assurance couvrant les indemnités d'invalidité spécifiques à ce genre de risque,

l) les accidents de navigation aérienne ne sont couverts que si l'assuré ou le bénéficiaire se trouve à bord d'un aéronef muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote titulaire d'un brevet et d'une licence non périmés pour le type d'aéronef en cause, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,

## Art. 14 : DETERMINATION DES PRESTATIONS ASSUREES SELON LE GAIN

### 14.1 Base du calcul

Est déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière, le gain que l'assuré aurait touché pendant la durée de l'incapacité de travail s'il avait pu travailler.

### 14.2 Gain assuré

Est considéré comme gain assuré :

- le traitement mensuel minimum de base dû par le CERN selon Annexe RA 5 du Statut et Règlement du Personnel du CERN ;
- l'indemnité de non-résidence ou internationale

## 14.3 Prestations

### 14.3.a Droit

L'assureur paie l'indemnité journalière convenue pendant la durée de l'incapacité de travail attestée par le médecin. L'indemnité journalière est due pendant toute période de 36 mois aussi longtemps que le CERN réduit ou cesse le paiement du salaire. Le décompte de paie mensuel de l'assuré donne preuve de la réduction du salaire.

Les attestations d'incapacité de travail faites à l'avance ne sont reconnues que pour une durée d'un mois au maximum.

L'indemnité se calcule selon la perte de salaire réelle et ne peut dépasser la perte de gain effective. Pour les assurés payés au mois, le gain journalier est égal au trentième du salaire mensuel, l'indemnité journalière correspondante est allouée chaque jour ouvrable et férié, le mois étant calculé à raison de 30 jours.

### 14.3.b

Le droit aux prestations se réduit dans la mesure où l'assuré restreint ou cesse son activité lucrative ou professionnelle pour des raisons étrangères au cas d'assurance.

### 14.3.c

L'assureur a le droit de compenser ses prestations échues avec les sommes qui lui sont dues par l'assuré.

### 14.3.d Début et durée des prestations

Le début et la durée des prestations sont déterminés en accord avec l'article R II 4.14 des Statut et Règlement du CERN. L'indemnité journalière est due pendant toute période de 36 mois, aussi longtemps que le CERN réduit ou cesse le paiement du salaire. Le décompte de salaire mensuel de l'assuré donne preuve de la réduction du salaire.

### 14.3.e

Pour les assurés se trouvant hors du territoire mentionné à l'art. 5.1 Ci-dessus (à l'exception des séjours à l'hôpital), l'indemnité journalière est versée au plus pour une durée de 180 jours. Cette restriction n'est pas applicable aux assurés domiciliés en zone frontalière, aussi longtemps qu'ils se trouvent à leur domicile ou dans les environs de celui-ci.

Un assuré malade qui se rend à l'étranger sans l'assentiment de l'assureur n'a, de toute façon, droit





aux prestations que dès la date de son retour. L'assuré incapable de travailler qui se rend temporairement à l'étranger peut bénéficier des prestations pour autant que l'assureur lui ait donné par écrit son accord préalable. En revanche, lorsque l'assuré incapable de travailler quitte définitivement la Suisse ou la zone frontalière, il perd tout droit aux prestations pour l'incapacité de travail en cours.

Lorsqu'un cas d'assurance supplémentaire intervient durant un cas d'assurance déjà enregistré, on tiendra compte des jours du premier cas ayant fait l'objet de prestations.

#### **14.4 Incapacité partielle de travail**

En cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 50%, l'assureur paie une indemnité journalière proportionnelle au degré d'incapacité.

#### **14.5 Prestation de tiers**

Lors de l'annonce d'un cas, l'assuré est tenu d'indiquer à l'assureur s'il est au bénéfice, auprès d'autres institutions d'assurances privées ou sociales, de prestations pour perte de gain ou incapacité de travail. Si l'assuré a droit à des prestations d'institutions d'assurances sociales, l'assureur complète ces prestations jusqu'à concurrence de la perte de gain effective de l'assuré. L'assureur paie au maximum l'indemnité journalière convenue. Les dispositions de cet alinéa sont aussi applicables à des institutions d'assurance sociales ayant leur siège dans d'autres pays. Si l'assureur paie une indemnité journalière pour perte de gain à la place d'un tiers responsable, il est subrogé, pour la part de ses prestations, dans les droits de l'assuré ou de l'ayant droit.

Lorsque des indemnités journalières pour perte de gain sont couvertes par plusieurs institutions d'assurances privées, la perte de gain assurée par la présente convention n'est couverte qu'en proportion des prestations garanties par tous les assureurs intéressés ensemble. Les indemnités de l'ensemble des assureurs ne doivent pas dépasser la perte de gain effectivement subie.

Lorsque d'autres institutions d'assurances versent leurs prestations avec effet rétroactif ou que l'assuré avertit tardivement l'assureur qu'il bénéficie de telles prestations, l'assuré est tenu de restituer à l'assureur la part des indemnités journalières qui dépasse le salaire effectivement perdu compte tenu des prestations des autres organismes d'assurances.

Les éventuelles réductions opérées par d'autres organismes d'assurance n'augmentent pas les obligations de l'assureur.

### **14.6 Exigibilité des prestations d'assurance**

Les prestations d'assurance sont exigibles dans les 4 semaines à compter du moment où l'assureur est en possession de tous les renseignements nécessaires pour la détermination du cas. En cas d'incapacité de travail de longue durée, des acomptes peuvent être demandés pour les indemnités journalières échues, mais au maximum une fois par mois. Les prestations dues par l'assureur peuvent être compensées avec les montants dus par l'assuré aux termes du contrat.

### **Art. 15 : ANNONCE D'UN CAS**

#### **15.1**

Aussitôt qu'il a droit à une prestation, l'assuré doit annoncer le cas de maladie ou d'accident à l'assureur. Un médecin doit être consulté dans un délai raisonnable après le début de la maladie respectivement après l'accident. Si l'assuré a droit à une indemnité journalière, il doit se faire examiner par un médecin tous les 30 jours, sauf accord contraire de l'assureur. Toute modification de l'incapacité de travail doit être annoncée dans les 8 jours.

#### **15.2**

L'assuré s'engage à faire tout ce qui est dans son pouvoir pour contribuer à déterminer la nature et les causes de la maladie, ainsi que des séquelles d'un accident. Il est tenu de se soumettre à un examen auprès d'un médecin-conseil de l'assureur, chaque fois que celui-ci le demandera, et, si la guérison en dépend, à faire un séjour dans un hôpital ou un sanatorium.

Si l'obligation d'annoncer ou les mesures nécessaires ne sont pas respectées volontairement et que l'étendue ou la constatation de la maladie ou de l'accident en est influencée, l'assureur peut réduire ses prestations en conséquence.

#### **15.3 Obligation de fournir des renseignements**

L'assuré s'engage à fournir à l'assureur tous les renseignements susceptibles d'aider à apprécier un cas d'assurance. L'assureur est en droit de demander aux médecins qui traitent ou ont traité l'assuré des renseignements sur son état de santé, à condition que ces indications servent à déterminer l'étendue du droit aux prestations. L'assureur peut, en particulier, demander des certificats médicaux et autres documents, il est habilité à faire examiner l'assuré par un ou plusieurs médecins de son choix. A cet effet, l'assuré délègue du secret professionnel tous les médecins qu'il a consulté avant et après la conclusion



de l'assurance.

L'assureur s'engage à traiter de manière strictement confidentielle tous les renseignements qui lui seront fournis ainsi que les résultats d'examens et d'analyses dont il aura eu connaissance.

#### **15.4**

Si l'assuré viole les obligations mentionnées à l'art. 15.3, il perd le droit à ses prestations jusqu'au moment où il les remplit. L'assureur fixe un délai supplémentaire de mise en demeure de 14 jours pour l'accomplissement de toutes ces obligations. Passé ce délai, son droit aux prestations cesse.

#### **Art. 16 : VIOLATION DES OBLIGATIONS CONTRACTUELLES**

Si l'assuré viole l'une des obligations qui lui incombent, l'assureur est libéré de ses engagements, à moins qu'il ne soit prouvé que l'infraction n'était pas fautive ou qu'elle n'a exercé aucune influence sur le dommage ou sur les droits et obligations de l'assureur. En cas d'abus, d'escroquerie ou de tentative d'abus ou d'escroquerie prouvé par l'assureur, celui-ci peut exclure avec effet immédiat l'assuré concerné.