

Feuille d'information

Assurance LAAC

Assurance complémentaire LAA

La présente feuille d'information a pour but d'énumérer les points essentiels du contrat. La police d'assurance et les conditions générales d'assurance sont applicables pour le surplus.

Preneur d'assurance

- Pool INTER, Place du Midi 36, Case postale 246, 1951 Sion

Assureur

- Mutuel Assurance Maladie SA, Rue des Cèdres 5, Case postale, 1919 Martigny

Entreprises assurées

- Entreprises affiliées auprès du Groupement interprofessionnel pour le paiement d'allocations familiales INTER et/ou de ses associations fondatrices.

Personnes assurées

- Le personnel d'exploitation soumis à une convention collective de travail, les employés, les employeurs et les apprentis des entreprises assurées
- Les frontaliers bénéficient des mêmes droits et obligations que les personnes résidant en Suisse pour autant que leur domicile se situe en territoire limitrophe de la frontière Suisse et qu'ils justifient d'un revenu et/ou compte bancaire en Suisse

Adhésion au contrat d'assurance LAAC

- L'âge d'admission au contrat d'assurance complémentaire à la LAA est limité à l'âge AVS
- La demande d'admission au contrat d'assurance complémentaire LAA se fait par écrit à l'aide de la fiche d'annonce fournie par le preneur d'assurance
- Aucun examen de l'état de santé du candidat à l'assurance n'est effectué et l'admission est accordée, le cas échéant, sans réserve
- Les entreprises sont responsables de l'envoi rapide et régulier au preneur d'assurance des demandes d'admission et autres avis de mutation

Couverture d'assurance

- L'assurance couvre les conséquences économiques d'une incapacité de travail due à des accidents professionnels (AP), des accidents non professionnels (ANP) et des maladies professionnelles conformément aux dispositions de la Loi sur l'assurance accidents (LAA).
- Le salaire annuel maximal assuré est de CHF 148'200 par personne
- La couverture d'assurance débute pour chaque personne assurée le jour de son entrée au service de l'entreprise assurée, au plus tôt toutefois à la date indiquée sur la déclaration d'adhésion remise par le preneur d'assurance
- La couverture d'assurance prend fin : lorsque la personne assurée cesse d'appartenir au cercle des personnes assurées, à la résiliation du contrat d'assurance-maladie collective, dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire, au décès de la personne assurée, à l'épuisement du droit aux prestations, à la fin du mois durant lequel la personne assurée atteint l'âge de 70 ans, à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, à partir de la déclaration de faillite de l'entreprise ou encore lors de l'exclusion de la personne assurée
- Les entreprises assurées reçoivent, chaque début d'année, du preneur d'assurance, les conditions d'assurance qui mentionnent tous les points importants de la couverture choisie

Prestations d'assurance

- Les prestations consistent en une indemnité journalière en cas d'accidents correspondant à 20% du salaire LAA, versée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail.
- L'indemnité journalière est allouée dès l'échéance du délai d'attente convenu, pour chaque jour d'incapacité de travail (dimanche et jours fériés compris)
- La personne assurée ayant atteint l'âge AVS qui fait toujours partie du cercle des personnes assurées de l'entreprise assurée, a droit à 180 indemnités journalières pour une ou plusieurs incapacités de travail, ceci au maximum jusqu'à l'âge de 70 ans. Toutefois en cas d'incapacité de travail durant les 365 jours précédant l'âge AVS et lorsque la durée restante du droit aux indemnités journalières calculée en fonction de ces incapacités de travail est inférieure à 180 jours, le droit maximum après l'âge AVS est limité à cette durée
- Les prestations d'assurance sont versées, au choix de l'entreprise assurée, à l'entreprise assurée elle-même ou directement à la personne assurée

Délai d'attente

- Le délai d'attente est de 2 jours, valable pour l'ensemble des personnes assurées.
- Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité de travail, sauf s'il s'agit d'un cas de rechute, sous réserve de l'application du délai restant
- Toute rechute résultant d'une même affection intervenant dans un délai de plus de 180 jours entraîne une nouvelle imputation du délai d'attente

Délai d'annonce des cas

- L'entreprise assurée doit, en cas d'incapacité de travail totale ou partielle d'une personne assurée, informer le preneur d'assurance dans un délai de 6 jours à compter du début de l'interruption de travail en fournissant une copie de la déclaration d'incapacité de travail transmise à son assureur LAA.
- Si la déclaration du sinistre parvient à l'apériteur après le délai susmentionné, le jour où il est donné est réputé premier jour d'incapacité de travail et le délai d'attente choisi court à partir de cette date. Le droit à l'indemnité journalière assurée existe au plus tôt après ce délai.

Primes d'assurance (valables jusqu'au 31.12.2026)

- Couverture 20% du salaire LAA (maximum CHF 148'200) 0.177% du salaire assuré

Résiliation de la couverture d'assurance

- Une entreprise assurée peut présenter sa démission du contrat d'assurance complémentaire LAA pour le 31 décembre de chaque année
- La démission doit être notifiée par pli recommandé en respectant un délai de préavis de 6 mois, la date de réception faisant foi

Exclusion de la couverture d'assurance

- Le preneur d'assurance peut exclure une entreprise assurée ou une personne assurée dans la mesure où celle-ci néglige de donner un avis prescrit par les conditions générales d'assurance, à moins que la négligence en question ne soit excusable, trompe ou cherche à tromper l'apériteur ou encore fait ou cherche à faire des profits illicites au préjudice de l'apériteur et des coassureurs