

Édition 2022



# Assurance complémentaire

Conditions particulières (CP)  
compensa

# Conditions particulières (ConCP) compensa selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Chapitre	Page	Chapitre	Page
<b>1 Bases de l'assurance</b>	<b>3</b>	<b>8 Prestations</b>	<b>5</b>
1.1 But		8.1 Conditions en matière de prestations	
1.2 Assureur responsable		8.1.1 Incapacité de travail	
1.3 Conditions générales d'assurance (CGA)		8.1.2 Certificat médical	
<b>2 Conditions d'admission</b>	<b>4</b>	8.2 Etendue des prestations	
<b>3 Validité territoriale</b>	<b>4</b>	8.2.1 En général	
3.1 Généralités		8.2.2 Indépendants et personnes sans activité lucrative	
3.2 Incapacité de travail à l'étranger		8.2.3 Salariés	
3.3 Séjour à l'étranger en cas d'incapacité de travail		8.2.4 Incapacité partielle de travail	
<b>4 Variantes d'assurance</b>	<b>4</b>	8.2.5 Accident	
<b>5 Procédure lors de la conclusion de l'assurance</b>	<b>4</b>	8.2.6 Accouchement	
5.1 Certificat médical		8.3 Durée des prestations	
5.2 Passage de l'assurance collective		8.3.1 Principe	
5.3 Age de la retraite AVS		8.3.2 Accouchement	
<b>6 Résiliation</b>	<b>4</b>	8.3.3 Age de la retraite AVS	
6.1 Résiliation extraordinaire		8.3.4 Chômeurs	
6.2 Autres motifs d'extinction de l'assurance		8.3.5 Passage de l'assurance collective	
<b>7 Etendue de l'assurance</b>	<b>4</b>	8.4 Restrictions en matière de prestations	
7.1 Montant de l'indemnité journalière assurée		8.4.1 Prestations exclues	
7.2 Base de calcul des indemnités journalières		8.4.2 Restrictions en matière de prestations	
7.2.1 En général		8.4.3 Obligation de restituer	
7.3 Couverture maximale		<b>9 Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident</b>	<b>6</b>
7.3.1 En général		9.1 Obligation de déclarer	
7.3.2 Indépendants		9.2 Obligation de renseigner	
7.3.3 Salariés		<b>10 Primes et paiements</b>	<b>7</b>
7.3.4 Personnes sans activité lucrative		10.1 Montant des primes	
7.3.5 Chômeurs		10.2 Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)	
7.4 Couverture des accidents		10.2.1 Principe	
7.5 Accouchement		10.2.2 Période de référence	
7.6 Début des prestations et délais d'attente		10.2.3 Echelons de rabais	
7.7 Adaptation de l'assurance		10.2.4 Adaptation des échelons en cas de recours aux prestations	
7.7.1 Indexation		10.2.5 Adaptation des échelons en cas de non-recours aux prestations	
7.7.2 Chômeurs		10.2.6 Modification de la couverture d'assurance	
		10.3 Versement des prestations	
		10.3.1 Versement des indemnités journalières	
		10.3.2 Indemnités journalières en cas d'accouchement	
		<b>11 Prestations de tiers</b>	<b>7</b>
		11.1 Salariés et personnes sans activité lucrative	
		11.2 Indépendants	
		<b>12 Classes d'âge</b>	<b>8</b>

# compensa

---

## 1 Bases de l'assurance

### 1.1 But

L'assurance **compensa** (assurance perte de gain pour personnes seules selon la LCA) est pratiquée conformément aux dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance.

Elle a pour but de couvrir la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite de maladie, d'accident ou d'accouchement. L'assurance **compensa** est également proposée aux personnes sans activité lucrative.

### 1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Versicherungen AG, Bâle (désignée ci-après par assureur).

### 1.3 Conditions générales d'assurance (CGA)

Les conditions générales d'assurance de Sympany Versicherungen AG font partie intégrante des dispositions de **compensa**. En cas de divergence, les conditions particulières de **compensa** priment les conditions générales d'assurance.

## 2 Conditions d'admission

Les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, les salariés et les personnes sans activité lucrative (femmes et hommes au foyer, personnes en période de formation et membres de la famille qui collaborent à l'entreprise familiale sans recevoir de salaire en espèces) peuvent être admis dans **compensa**, dans la mesure où

- ils ont accompli la 15<sup>e</sup> année au moins et n'ont pas encore atteint l'âge de 60 ans révolus,
- ils jouissent de la pleine capacité de travail au moment du dépôt de la proposition,
- ils sont domiciliés en Suisse.

## 3 Validité territoriale

### 3.1 Généralités

L'assurance est valable dans le monde entier.

### 3.2 Incapacité de travail à l'étranger

En cas de voyages privés à l'étranger, les indemnités journalières assurées ne sont versées que pendant la durée d'une hospitalisation. Cette réglementation s'applique également aux frontaliers hors de la Suisse ainsi que hors de leur lieu de résidence. Un séjour pour raisons professionnelles demeure réservé.

### 3.3 Séjour à l'étranger en cas d'incapacité de travail

Si une personne assurée en incapacité de travail et ayant droit à des prestations se rend à l'étranger sans l'accord de l'assureur, elle n'a pas droit aux prestations pendant la durée de son séjour à l'étranger. Cette restriction ne s'applique pas aux frontaliers en cas de séjour en Suisse.

## 4 Variantes d'assurance

Les variantes d'assurance suivantes peuvent être choisies:

- indemnité journalière en cas de maladie,
- indemnité journalière en cas d'accident,
- indemnité journalière en cas de maladie et d'accident.

Ces variantes d'assurance peuvent être conclues avec différentes durées de prestations.

## 5 Procédure lors de la conclusion de l'assurance

### 5.1 Certificat médical

L'assureur peut exiger un certificat médical ou un examen par un médecin-conseil. Il peut choisir le médecin et prend en charge les coûts.

### 5.2 Passage de l'assurance collective

Les CGA de l'assurance perte de gain pour entreprises (LCA) s'appliquent au passage de l'assurance collective dans l'assurance individuelle.

### 5.3 Age de la retraite AVS

Les personnes assurées qui continuent d'exercer une activité lucrative une fois l'âge de la retraite AVS atteint, peuvent demander le maintien de leur assurance. Elle peut être maintenue au plus tard jusqu'à l'âge de 70 ans révolus. L'assureur peut refuser le maintien de l'assurance.

## 6 Résiliation

### 6.1 Résiliation extraordinaire

Si la personne assurée est assurée de manière équivalente contre la perte de gain auprès de son nouvel employeur à la suite d'un changement au niveau de la situation relevant du droit du travail, en dérogation à la résiliation ordinaire, la résiliation peut avoir lieu pour la fin d'un mois, avec l'approbation de l'assureur et moyennant un préavis d'un mois.

### 6.2 Autres motifs d'extinction de l'assurance

Outre les motifs de cessation de l'assurance mentionnés dans les conditions générales d'assurance,

l'assurance s'éteint dans les cas suivants:

- a) en cas de cessation de l'activité commerciale par la personne exerçant une activité lucrative indépendante,
- b) en cas de transfert du siège social à l'étranger; en est excepté le transfert à l'étranger limitrophe,
- c) en cas d'ouverture de la faillite concernant un assuré exerçant une activité lucrative indépendante,
- d) en cas de départ à la retraite, au plus tard cependant à l'atteinte de l'âge de la retraite AVS (toutefois, le maintien de l'assurance peut être sollicité jusqu'à l'âge de 70 ans révolus; si l'assureur n'accepte pas la prolongation, le contrat échoit),
- e) en cas de départ à l'étranger; en est exceptée la prise de domicile à l'étranger limitrophe.

L'assureur peut se départir du contrat dans les 30 jours si la personne assurée s'oppose de manière répétée et grave aux ordres de l'assureur dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage ou aux ordres du médecin. La condition à la résiliation du contrat est un rappel à l'ordre préalable écrit, indiquant les conséquences juridiques.

## 7 Etendue de l'assurance

### 7.1 Montant de l'indemnité journalière assurée

Le montant de l'indemnité journalière est convenu entre la personne assurée et l'assureur.

### 7.2 Base de calcul des indemnités journalières

#### 7.2.1 En général

Le montant de l'indemnité journalière est obtenu en divisant la perte de gain assurée d'une année par 365. Les indemnités journalières ainsi obtenues sont versées pour chaque jour civil.

### 7.3 Couverture maximale

#### 7.3.1 En général

Le montant de l'indemnité journalière assurable par personne est limité.

CHF 200'000.- par an

#### 7.3.2 Indépendants

Les assurés dont le revenu provient d'une activité lucrative indépendante peuvent, outre leur revenu soumis à l'AVS selon la dernière décision de cotisation, assurer en sus les frais de production prouvables. Il s'agit de frais qui concernent directement la personne assurée, qui sont en rapport direct avec l'acquisition et qui subsistent pendant l'incapacité de travail, notamment les frais fixes pour le loyer

de l'entreprise, la voiture, les assurances, l'amortissement des machines, etc.

#### 7.3.3 Salariés

Les assurés dont le revenu provient de rapports de travail dépendants peuvent s'assurer jusqu'à concurrence du salaire brut soumis à l'AVS.

#### 7.3.4 Personnes sans activité lucrative

Les femmes et hommes au foyer, les personnes en période de formation et les membres de la famille qui collaborent à l'entreprise familiale sans recevoir de salaire en espèces peuvent s'assurer jusqu'à concurrence du montant maximal de la rente simple de l'AVS.

#### 7.3.5 Chômeurs

La couverture maximale pour les personnes au chômage correspond au montant de l'indemnité de chômage dont ils sont privés.

### 7.4 Couverture des accidents

La couverture des accidents peut être incluse dans l'assurance ou être assurée à elle seule.

### 7.5 Accouchement

La couverture de la perte de gain par suite d'accouchement est incluse dans l'indemnité journalière en cas de maladie.

### 7.6 Début des prestations et délais d'attente

L'assureur propose des assurances d'indemnités journalières avec différents départs des prestations.

Le droit aux prestations prend naissance à l'expiration du délai d'attente. Le délai d'attente débute le jour de l'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt 3 jours avant le premier traitement médical. Les délais d'attente jusqu'à 21 jours inclus sont calculés à nouveau pour chaque cas de maladie ou d'accident.

Les délais d'attente plus longs ne s'appliquent qu'une seule fois par année civile.

Sont réputés jours d'attente les jours pour lesquels l'incapacité de travail est d'au moins 25%.

L'assureur paie l'indemnité journalière conformément au début des prestations choisi après la naissance du droit aux prestations pour les jours d'une incapacité de travail attestée par un médecin.

Au moment d'atteindre l'âge ouvrant le droit à une rente de l'AVS, les délais d'attente convenus de 60 jours et plus sont transformés en un délai d'attente de 30 jours.

## 7.7 Adaptation de l'assurance

### 7.7.1 Indexation

La personne assurée peut demander l'adaptation de son assurance au renchérissement annuel selon l'indice national des prix à la consommation. L'assureur accorde cette adaptation sans examen du risque, à condition qu'il n'y ait pas eu d'incapacité de travail ni de perception d'indemnités journalières au cours des deux dernières années. L'adaptation est possible pour les deux dernières années civiles écoulées au maximum. En outre, la personne assurée peut demander en tout temps l'adaptation de son assurance à l'évolution réelle du salaire aux conditions valables pour une augmentation d'assurance.

### 7.7.2 Chômeurs

Les chômeurs peuvent, moyennant une adaptation correspondante des primes et indépendamment de leur état de santé, transformer leur assurance en une assurance avec un délai d'attente de 30 jours. Au moment où débute le chômage, le montant de l'indemnité journalière assurée est réduit à celui de l'indemnité de chômage.

## 8 Prestations

### 8.1 Conditions en matière de prestations

#### 8.1.1 Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail lorsque la personne assurée, par suite d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement, est incapable en tout ou en partie d'exercer son ancienne activité lucrative ou une autre activité que l'on peut exiger raisonnablement d'elle. Il y a incapacité partielle de travail lorsque l'incapacité de travail est d'au moins 25%.

#### 8.1.2 Certificat médical

Le versement d'indemnités journalières présuppose un certificat médical attestant l'incapacité de travail de la personne assurée.

### 8.2 Étendue des prestations

#### 8.2.1 En général

Les prestations se calculent d'après l'étendue d'assurance convenue et les présentes conditions d'assurance.

#### 8.2.2 Indépendants et personnes sans activité lucrative

Pour les indépendants et les personnes sans activité lucrative, l'assureur alloue la somme des indemnités journalières convenues.

#### 8.2.3 Salariés

Pour les salariés, le montant total des indemnités journalières allouées ne peut pas dépasser la perte de gain subie par la personne assurée.

#### 8.2.4 Incapacité partielle de travail

En cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 25%, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail de plus de 25%, mais de 50% au maximum reçoivent des demi-indemnités journalières et ceux atteints d'une incapacité de travail supérieure à 50% des indemnités journalières entières.

#### 8.2.5 Accident

Si le risque accident est inclus dans l'assurance, les prestations en cas d'accident sont les mêmes qu'en cas de maladie.

#### 8.2.6 Accouchement

Les indemnités journalières en cas d'accouchement sont allouées pour autant qu'une couverture équivalente d'au moins 270 jours sans interruption (délai de carence en cas de maternité) ait été accordée par l'assureur ou un autre assureur avant l'accouchement.

Les assurées qui cessent d'exercer leur activité lucrative plus tôt que 8 semaines avant l'accouchement ou ne reçoivent pas d'allocation de maternité selon la loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain (LAPG) sont considérées comme personnes sans activité lucrative.

Lorsque l'assurée bénéficie de prestations dans le cadre de l'allocation de maternité selon la LAPG, celles-ci sont imputées sur le montant des prestations de **compensa**. Pour les salariées et les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, **compensa** prend ainsi en charge la différence entre l'allocation de maternité selon la LAPG et l'indemnité journalière assurée en cas d'accouchement.

### 8.3 Durée des prestations

#### 8.3.1 Principe

Pour les cas de maladie et d'accident réunis, l'indemnité journalière assurée est versée respectivement durant 730 et 365 jours au maximum. La

durée des prestations est indiquée sur la police d'assurance et se calcule par cas d'assurance.

La nouvelle apparition d'une maladie ou des suites d'un accident est considérée comme nouveau cas d'assurance lorsque la personne assurée était incapable de travailler durant 12 mois sans interruption depuis la dernière apparition de la même maladie ou des mêmes suites d'accident.

Le délai d'attente convenu est imputé sur la durée maximale des prestations. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours entiers.

### 8.3.2 Accouchement

Le droit aux prestations naît le jour de l'accouchement. Pour le montant d'une indemnité journalière, qui était assuré avant l'accouchement durant au moins trois années d'assurance entières, la durée d'assurance maximale s'étend sur 16 semaines, c.-à-d. 2 semaines supplémentaires à hauteur de l'indemnité journalière assurée en cas d'accouchement s'ajoutent à l'allocation de maternité selon la LAPG. Lorsque la durée d'assurance est plus courte, la durée des prestations est de 8 semaines.

Le délai d'attente en cas d'accouchement est le même qu'en cas de maladie. Le délai d'attente est imputé indépendamment d'un cas de maladie et d'accident sur la durée des prestations en cas d'accouchement. Si, en raison de complications intervenues durant la grossesse, le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations, il sera renoncé, pour l'indemnité en cas d'accouchement, à une nouvelle imputation du délai d'attente.

Les indemnités journalières en cas d'accouchement sont imputées sur la durée maximale des prestations d'un cas d'assurance.

### 8.3.3 Age de la retraite AVS

En cas de maintien de l'assurance en âge AVS, un droit à l'indemnité journalière assurée existe durant 90 jours au total, mais tout au plus jusqu'à l'âge de 70 ans révolus.

### 8.3.4 Chômeurs

Les chômeurs reçoivent l'indemnité journalière assurée tout au plus jusqu'à la fin de la durée maximale du droit aux prestations selon les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité.

### 8.3.5 Passage de l'assurance collective

Pour les personnes assurées qui ont cessé d'appartenir au cercle de personnes auquel s'étend l'assurance collective et qui étaient au bénéfice de la couverture échelle selon les Conditions générales de l'assurance perte de gain pour entreprises (LCA), la durée maximale des prestations est de 365 jours.

## 8.4 Restrictions en matière de prestations

### 8.4.1 Prestations exclues

Outre les exclusions de prestations mentionnées dans les conditions générales d'assurance, aucun droit aux prestations n'est accordé:

- a) pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur,
- b) en cas de certificat d'incapacité de travail établi par un médecin ou un chiropraticien non reconnu par l'assureur,
- c) lorsque la personne assurée, intentionnellement et illicitement, touche des prestations ou tente de le faire,
- d) lorsque le degré d'incapacité de travail de la personne assurée est inférieur à 25%,
- e) pour les salariés pendant la durée d'un congé non payé,
- f) si la personne assurée s'oppose de manière répétée et grave aux décisions de l'assureur, ou aux prescriptions du médecin, à moins qu'il ne s'agisse d'une blessure non fautive ou que la personne assurée prouve que la blessure n'a aucune influence sur l'obligation de l'assureur de fournir des prestations,
- g) si la personne assurée refuse de se soumettre à un examen de contrôle du médecin-conseil demandé par l'assureur, à moins qu'il ne s'agisse d'une blessure non fautive ou que la personne assurée prouve que la blessure n'a aucune influence sur l'obligation de l'assureur de fournir des prestations,
- h) lorsque la personne assurée refuse d'exercer une autre activité lucrative que l'on peut exiger raisonnablement d'elle,
- i) après la fin du contrat d'assurance. Les obligations de pre-stations périodiques au sens de l'art. 35c LCA demeurent réservées.

### 8.4.2 Restrictions en matière de prestations

Outre les limitations de prestations mentionnées dans les conditions générales d'assurance, les prestations peuvent être réduites si la maladie ou les suites d'un accident ne sont que partiellement à l'origine de l'incapacité de travail.

### 8.4.3 Obligation de restituer

Les prestations perçues par erreur ou à tort doi-

vent être remboursées par la personne assurée à l'assureur.

## 9 Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident

### 9.1 Obligation de déclarer

La personne assurée doit informer l'assureur dans les cinq jours de toute incapacité de travail susceptible de donner droit à des indemnités journalières, en précisant s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie. Pour les délais d'attente convenus de 21 jours et plus, l'avis d'incapacité de travail doit être donné au plus tard une semaine avant la présentation d'une prétention éventuelle.

Le certificat établi par le médecin ou le chiropraticien doit être envoyé à l'assureur au plus tard dix jours après le début de l'incapacité de travail; en cas de délai d'attente de plus de 21 jours, il doit être envoyé à l'assureur avec l'avis d'incapacité de travail.

En cas d'omission sans raison valable, l'assureur n'accorde les prestations qu'à partir du jour de réception de l'avis.

Les salariés sont tenus de fournir la preuve de la perte de gain non couverte.

Si le degré d'incapacité de travail diminue, l'assureur doit en être informé immédiatement.

### 9.2 Obligation de renseigner

En cas d'accident, la personne assurée met à la disposition de l'assureur toutes les informations nécessaires sur les circonstances de l'accident ainsi que sur les tiers impliqués dans l'accident.

En cas d'absences brèves et fréquentes dans un laps de temps plus court, l'assureur est en droit d'exiger de la personne assurée une visite médicale le premier jour de l'incapacité de travail.

L'assureur peut vérifier dans tous les cas l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte et, le cas échéant, prendre les mesures de contrôle appropriées.

En outre, les obligations de renseignement selon les conditions générales d'assurance s'appliquent.

## 10 Primes et paiements

### 10.1 Montant des primes

Le montant des primes est fixé conformément au risque, par exemple d'après l'âge, le lieu de domicile, le recours aux prestations ou la branche pro-

fessionnelle de la personne assurée. Les personnes qui passent de l'assurance perte de gain pour entreprises dans l'assurance individuelle forment un propre groupe de risque.

Au demeurant, la fixation des primes, le paiement des primes, les retards de paiement et l'adaptation des primes sont régis par les conditions générales d'assurance.

## 10.2 Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

### 10.2.1 Principe

Un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

### 10.2.2 Période de référence

La période d'observation s'étend à compter du 1<sup>er</sup> septembre ou du début de l'assurance, jusqu'au 31 août suivant. La date de traitement d'un décompte d'indemnités journalières est déterminante pour établir si la personne assurée a bénéficié d'une prestation durant la période de référence.

### 10.2.3 Echelons de rabais

La caisse pratique les échelons de rabais et primes ci-après:

Variante A	
Echelon de rabais	Le rabais en cas de non-recours aux prestations
A0	+ 56.25%
A1	Prime ordinaire compensa
A2	- 36%
A3	- 59.04%

Variante B	
Echelon de rabais	Le rabais en cas de non-recours aux prestations
B1	Prime ordinaire compensa
B2	- 36%

La prime de **compensa** avec le rabais en cas de non-recours aux prestations est indiquée sur la police d'assurance. L'assureur peut, au début d'une nouvelle période d'assurance, introduire de nouveaux échelons de rabais ou adapter les rabais à l'évolution des coûts.

### 10.2.4 Adaptation des échelons en cas de recours aux prestations

Si la personne assurée a bénéficié de prestations au cours d'une période de référence, l'adaptation sera effectuée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante à

raison d'un échelon (au maximum jusqu'à l'échelon de rabais A0 [variante A] ou B1 [variante B]).

#### 10.2.5 Adaptation des échelons en cas de non-recours aux prestations

Si la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation durant trois périodes de référence consécutives avec le même échelon de rabais, l'adaptation sera effectuée au 1er janvier de la quatrième année à raison d'un échelon, dans la mesure où la personne assurée ne se trouve pas déjà à l'échelon de rabais maximal.

10.2.6 Modification de la couverture d'assurance  
En cas de modification de la couverture d'assurance à l'intérieur de **compensa**, l'échelon de rabais reste acquis.

### 10.3 Versement des prestations

#### 10.3.1 Versement des indemnités journalières

L'indemnité journalière est versée après recouvrement de la capacité de travail sur la base du certificat médical. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, l'indemnité journalière est en règle générale versée mensuellement.

#### 10.3.2 Indemnités journalières en cas d'accouchement

Les indemnités journalières en cas d'accouchement ne sont versées aux indépendantes et aux employées qu'une fois le décompte de l'allocation de maternité selon la LAPG parvenu à l'assureur.

### 11 Prestations de tiers

#### 11.1 Salariés et personnes sans activité lucrative

Les jours de prestations partielles à la suite à une réduction en raison du droit à des prestations de tiers comptent comme des jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente. Au demeurant, les règlements selon les conditions générales d'assurance s'appliquent.

#### 11.2 Indépendants

Pour les indépendants, l'étendue des prestations correspond à la somme d'indemnités journalières convenue. La réglementation relative à la surassurance selon les conditions générales d'assurance ne s'applique pas.

En revanche, les prestations relevant de la compétence d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, APG, PP, AFA, etc.) ne sont pas prises en charge.

Le droit aux prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée.

La personne assurée cède à l'assureur les éventuels droits à des paiements rétroactifs vis-à-vis des assurances sociales, dans la mesure où celui-ci a fourni des prestations anticipées.

### 12 Classes d'âge

Dans cette catégorie d'assurance, le tarif en fonction de l'âge s'applique. Cela signifie que les primes de la catégorie d'assurance augmentent généralement à chaque passage à la classe d'âge supérieure:

années				
15 - 18	26 - 30	36 - 40	46 - 50	56 - 60
19 - 25	31 - 35	41 - 45	51 - 55	61 - 70









1053/f/02.2022

+41 58 262 42 00  
[www.sympany.ch](http://www.sympany.ch)

Une assurance au top.  
The logo for Sympany, featuring a stylized red 'C' shape that encircles the word 'sympany' in a lowercase, sans-serif font.