

Assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LAMal

édition 01.01.2018

Informations pratiques et juridiques

La présente information client renseigne de manière claire et succincte sur l'identité de l'assureur et sur les principaux éléments du contrat d'assurance.

Qui est l'assureur?

L'assureur est défini dans le contrat d'assurance.

Quels sont les risques pris en charge par l'assurance et quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

L'assurance couvre les conséquences économiques d'une incapacité de travail (ci-après incapacité) résultant d'une maladie par quoi il faut entendre toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité.

L'assurance couvre également les conséquences économiques liées à la maternité. La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

Selon les dispositions du contrat, la couverture d'assurance peut s'étendre au risque accident. 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.

En cas de décès de l'assuré résultant d'une incapacité donnant droit à des prestations, l'assureur verse l'indemnité journalière dans les limites de la couverture d'assurance et des dispositions de l'article 338 CO.

Si elle est souscrite dans le contrat, la perte de gain additionnelle assure le gain obtenu grâce à la capacité de travail que l'assuré exploite concrètement et durablement au sein de l'entreprise, après avoir épuisé son droit aux prestations au sens de l'art. 6, al. 3. Des conditions générales d'assurance. Cette dernière est octroyée pour une durée supplémentaire de 180 jours durant une période de 5 ans depuis l'épuisement.

La couverture d'assurance concerne l'incapacité, à savoir 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 longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Le contrat d'assurance stipule les détails de la couverture d'assurance, notamment les risques assurés, le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations, le pourcentage du salaire assuré, le délai d'attente, la durée des prestations et les éventuels avenants.

Durée de versement des prestations:

L'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités durant 730 jours dans une période de 900 jours.

Les délais d'attente à charge de l'employeur sont imputés sur la durée du droit aux prestations.

Toutes les incapacités ayant donné droit aux prestations collectives sont à charge du contrat collectif.

Le détail de l'étendue des prestations est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Calcul de la prime?

Le salaire AVS dû par l'entreprise assurée, constitue la base du calcul de la prime. Le salaire et part de salaire non soumis AVS en raison de l'âge de la personne assurée, ainsi que les allocations familiales sont également pris en compte.

Les taux de primes dépendent des risques assurés et de la couverture souhaitée.

Qui est le preneur d'assurance et qui sont les personnes assurées?

Le preneur d'assurance est l'employeur qui a conclu le contrat d'assurance.

Le cercle des personnes assurées est mentionné dans le contrat.

Quelles sont les obligations du preneur d'assurance (employeur)?

Les obligations du preneur d'assurance sont définies dans les conditions générales d'assurance.

Il a notamment l'obligation d'informer par écrit l'assuré sur ses droits et obligations qui découlent de l'assurance, en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat prend fin. Pour ce faire, il reçoit des documents de l'assureur.

Le preneur d'assurance doit également informer les personnes assurées sur les éléments essentiels du contrat.

Le preneur d'assurance est par ailleurs tenu de remplir les obligations suivantes:

- annoncer les incapacités dans les 15 jours suivant leur survenance;
- communiquer immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité;
- remettre à l'assureur le formulaire de déclaration de salaires lors de la facturation définitive et, sur demande, les décomptes AVS des personnes assurées dans un délai de 30 jours;
- autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter au besoin les livres et pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS;
- fournir tout document de nature à établir le droit aux prestations;
- informer l'assureur sur une éventuelle aggravation du risque (par exemple: modification du genre de l'entreprise ou de la profession assurée).

Quelles sont les obligations de l'assuré?

L'assuré est tenu de remplir les obligations suivantes:

- consulter un médecin autorisé à son cabinet au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité;
- délier le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur;
- collaborer avec l'assureur, les tiers qu'il mandate (inspecteur de sinistres, collaborateurs, médecins, etc.) ainsi que les autres institutions d'assurance sociale;
- tout entreprendre pour réduire le dommage;
- déposer une demande de prestations auprès de l'Assurance Invalidité au plus tard dans les 6 mois qui suivent le début de l'incapacité ou, sur invitation de l'assureur, auprès d'une autre institution sociale;
- rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur (par exemple: se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) durant son incapacité;
- informer l'assureur avant de s'absenter des environs de son domicile (rayon de 200km) conformément à l'art. 16, al. 1, lettre b. des conditions générales d'assurance;
- **lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigation engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.**

Le détail des obligations de l'assuré est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Dans quels cas l'assureur peut-il réduire ou refuser les prestations d'assurance?

Les prestations sont refusées:

- lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;

- en cas d'incapacités lors de service militaire à l'étranger. Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement:

- si l'accident est causé par la faute de l'assuré, en cas de dangers extraordinaires et d'entreprises téméraires au sens de la LAA;
- si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas les obligations citées aux articles 23 et 24 des conditions générales d'assurance;
- si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction, (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable. Dans ce cas, l'assureur se réserve en outre le droit de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;
- si l'assuré refuse de fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations;
- si l'assuré ne procède pas ou pas à temps à une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité. Dans ce cas, les indemnités journalières sont suspendues jusqu'au jour du dépôt de la demande;
- lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi (notamment pour éviter un examen du risque, pour retrouver un nouveau droit aux prestations) ou lorsque le travail proposé est manifestement incompatible avec les capacités physiques et mentales, les connaissances professionnelles ou les ressources matérielles (permis de conduire, etc.) de l'assuré. Le détail des limitations de couverture est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Quand commence le contrat?

L'entrée en vigueur est indiquée dans le contrat, de même que son échéance, fixée au 31 décembre d'une année civile.

Quand prend fin le contrat d'assurance?

- à la cessation d'activité ou à l'ouverture de la faillite de l'entreprise assurée;
- en cas de non paiement des primes au sens de l'art. 19, al.7 des conditions générales d'assurance;
- au moment du transfert du siège ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger;
- en cas de résiliation par le preneur d'assurance ou par l'assureur;
- en cas de résiliation suite à une adaptation du taux de prime au sens de l'art. 20 des conditions générales d'assurance.

Ces listes ne mentionnent que les possibilités les plus courantes dans lesquelles il peut être mis fin au contrat. D'autres possibilités résultent des conditions générales d'assurance.

Quand débute la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance débute pour chaque assuré le jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.

Quand prend fin la couverture d'assurance et du droit aux prestations?

La couverture d'assurance et du droit aux prestations cessent pour chaque assuré:

- à la fin du contrat de travail. Toutefois, la couverture est maintenue pour l'incapacité en cours à cette échéance;
- à la fin du contrat d'assurance;
- à l'épuisement des prestations prévues à l'art. 6, al. 3;
- à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite ou prend sa retraite anticipée;
En cas de maintien du contrat de travail au-delà de l'âge ordinaire de la retraite et en l'absence d'une incapacité en cours à cette échéance, l'employé a encore droit à 180 indemnités journalières au plus tard jusqu'à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans.
- à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

Comment les données sont-elles traitées par l'assureur?

L'assureur traite les données personnelles du preneur d'assurance et de la personne assurée.

Par données personnelles, on entend les données relatives à la personne assurée, au preneur d'assurance, à la gestion administrative du contrat, à l'état de santé de la personne assurée, aux sinistres.

Ces données servent à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat. A cet effet, ces données peuvent être échangées entre le preneur d'assurance, l'assureur, le Groupe Mutuel et des tiers (par exemple: réassureur, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée).

Lorsque des données personnelles ou sensibles sont traitées, le Groupe Mutuel, ses assureurs et sociétés affiliés ou administrés, ses agents et autres mandataires (par exemple son réassureur), s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin de respecter les dispositions légales relatives à la protection des données.

Les données sont traitées de manière confidentielle et ne seront communiquées à des tiers (par exemple: réassureur, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée) que sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement de la personne concernée. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers (par exemple: réassureur), ces derniers sont sensibilisés aux exigences de la protection des données et soumis à l'obligation de garder le secret. Les données confiées aux agents du Groupe Mutuel seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'agent et l'assureur.

Les agents du Groupe Mutuel sont sensibilisés aux aspects de confidentialité et de protection des données et s'engagent par contrat à les respecter. Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre l'assureur, l'assuré, l'agent ou des tiers l'exigent.

Le preneur d'assurance et l'assuré ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

Vous trouverez de plus amples informations relatives à la protection des données en suivant le lien ci-après: www.groupemutuel.ch.

Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal

BE

BEGM03-F3 – édition 01.01.2018

Table des matières

A. Généralités

- Art. 1** Objet de l'assurance
Art. 2 Bases juridiques du contrat
Art. 3 Définitions

B. Etendue de l'assurance

- Art. 4** Contrat d'assurance
Art. 5 Personnes assurées
Art. 6 Couvertures d'assurances
Art. 7 Affiliation avec examen du risque

C. Début et fin du contrat

- Art. 8** Début et fin du contrat
Art. 9 Prétention frauduleuse

D. Couverture d'assurance

- Art. 10** Début et fin de la couverture d'assurance et du droit aux prestations
Art. 11 Passage à l'assurance individuelle

E. Prestations assurées

- Art. 12** Prestations assurées
Art. 13 Prestations assurées en cas de maternité
Art. 14 Prestations supplémentaires

- Art. 15** Congé non payé
Art. 16 Prestations en cas de déplacement ou hors du domicile
Art. 17 Limitation du droit aux prestations

F. Primes

- Art. 18** Calcul de la prime
Art. 19 Paiement des primes
Art. 20 Adaptation du taux de prime
Art. 21 Décompte de prime
Art. 22 Participation aux excédents

G. Dispositions diverses

- Art. 23** Obligations du preneur d'assurance
Art. 24 Obligations de l'assuré
Art. 25 Prestations de tiers
Art. 26 Surindemnisation
Art. 27 Cession et mise en gage des prestations
Art. 28 Clause courtier
Art. 29 Communications
Art. 30 Lieu d'exécution
Art. 31 For

La LPGa, la LAMal ainsi que les ordonnances idoines suppléent aux dispositions non contenues dans les présentes conditions générales d'assurance.

A. Généralités

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assureur porteur de risques est mentionné dans le contrat. Il accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail (ci-après incapacité) résultant de la maladie, de la maternité et de l'accident pour autant que ce risque soit inclus dans le contrat.

Art. 2 Bases juridiques du contrat

Les bases juridiques du contrat sont constituées par:

- Le droit suisse et les accords conclus entre la Suisse et les organismes et Etats tiers. En particulier:
 - la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA);
 - la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal);

- la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).
- Les présentes conditions générales d'assurance ainsi que les dispositions du contrat et des éventuels avenants.
 - Les déclarations écrites dans la proposition, les autres déclarations écrites du preneur d'assurance et des assurés ainsi que les questionnaires médicaux respectifs.

Art. 3 Définitions

- LAVS: Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LAI: Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LPP: Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
LAA: Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAM: Loi fédérale sur l'assurance militaire
CO: Code des obligations
UE: Union européenne
AELE: Association européenne de libre-échange

Sociétés de Groupe Mutuel Holding SA:

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / AMB Assurances SA

Fondations administrées par le Groupe Mutuel: Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

Coordonnées administratives: Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 777 – groupemutuel.ch

2. Rechute

Une incapacité résultant d'une affection ayant donné droit à des prestations dans le cadre d'une incapacité antérieure, est considérée comme une rechute. Elle n'est plus considérée comme rechute, si elle intervient plus de 365 jours depuis la fin de l'incapacité ayant donné droit aux prestations précitées.

3. Travailleur détaché

L'assuré qui travaille à l'étranger pour un employeur suisse et qui est soumis à la LAA, ainsi que celui qui séjourne à l'étranger dans un but de formation tout en étant rémunéré par son employeur suisse.

4. Travailleur frontalier

Un travailleur frontalier est une personne qui exerce une activité lucrative en Suisse et qui retourne au moins une fois par semaine à son domicile dans un Etat membre de l'UE /AELE.

B. Etendue de l'assurance

Art. 4 Contrat d'assurance

Le contrat d'assurance stipule les détails de la couverture d'assurance, notamment les risques assurés, le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations, le pourcentage du salaire assuré, le délai d'attente, la durée des prestations et les conditions particulières éventuelles.

Art. 5 Personnes assurées

1. Le cercle des personnes assurées est mentionné dans le contrat.
2. Sauf accord explicite mentionné dans le contrat, la personne qui est totalement ou partiellement incapable de travailler au moment de l'entrée en vigueur du contrat, respectivement au début du rapport de travail, n'est pas assurée. Elle l'est dès qu'elle a retrouvé sa pleine capacité de travail. La convention de libre passage reste réservée.
3. La personne qui perçoit une rente d'invalidité au moment de l'entrée en vigueur du contrat, respectivement au début du rapport de travail est assurée pour le gain qu'elle retire de sa capacité de travail résiduelle qu'elle exploite concrètement et durablement.

Art. 6 Couvertures d'assurances

1. Toutes les incapacités ayant donné droit aux prestations collectives sont à la charge du contrat collectif.
2. Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident au sens de la LAA ainsi que leurs suites sont uniquement prises en charge par la couverture accident.
3. L'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités durant 730 jours dans une période de 900 jours.
4. Sont imputés sur la durée des prestations les jours pendant lesquels les assurés ont reçu des indemnités journalières de l'assureur dont ils sortent.
5. Les délais d'attente à charge de l'employeur sont imputés sur la durée du droit aux prestations.

Art. 7 Affiliation avec examen du risque

1. Un examen de santé peut être exigé si la proposition ou le contrat le prévoit.
2. Selon l'état de santé de la personne à assurer, l'assureur peut l'accepter à des conditions aggravées (réserve).
3. Lors de l'entrée en vigueur du contrat collectif, les réserves instaurées par l'ancien assureur sont maintenues jusqu'à l'échéance du délai initial.

C. Début et fin du contrat

Art. 8 Début et fin du contrat

1. Entrée en vigueur
L'entrée en vigueur est indiquée dans le contrat, de même que son échéance, fixée au 31 décembre d'une année civile.
2. Renouvellement tacite du contrat
A l'échéance du contrat et sauf avis de résiliation réceptionné au plus tard le 30 septembre de l'année, le contrat est reconduit tacitement d'année en année.
3. Fin du contrat
Le contrat prend fin:
 - a. à la cessation d'activité ou à l'ouverture de la faillite de l'entreprise assurée;
 - b. en cas de non paiement des primes au sens de l'art. 19, al. 7 des présentes conditions générales;
 - c. au moment du transfert du siège ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger;
 - d. en cas de résiliation par le preneur d'assurance ou par l'assureur;
 - e. en cas de résiliation suite à une adaptation du taux de prime au sens de l'art. 20 des présentes conditions générales.

Art. 9 Prétention frauduleuse

Le contrat peut être annulé ou résilié lorsque le preneur d'assurance a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.

D. Couverture d'assurance

Art. 10 Début et fin de la couverture d'assurance et du droit aux prestations

1. Début de la couverture d'assurance
La couverture d'assurance débute pour chaque assuré le jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Fin de la couverture d'assurance et du droit aux prestations:
La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré:
 - a. à la fin du contrat de travail ou du contrat collectif.

Toutefois, la couverture et le droit aux prestations sont maintenus pour l'incapacité en cours à la fin du contrat de travail, si le contrat collectif est en vigueur à cette date;

- b. à l'épuisement des prestations prévues à l'art. 6, al. 3;
- c. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite ou prend sa retraite anticipée;
- d. à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

Art. 11 Passage à l'assurance individuelle

1. Depuis le moment où l'assuré a été informé sur son droit au libre passage, il a 90 jours pour le faire valoir en demandant une offre d'assurance individuelle.
2. Le frontalier qui cesse d'appartenir au cercle des assurés, bénéficie du droit de passer dans l'assurance individuelle sans nouvelle réserve, s'il poursuit une activité salariée en Suisse.
3. En référence à l'art. 10, al. 2a, un droit au libre passage dans l'assurance individuelle est possible au plus tôt à la fin de la couverture collective pour l'incapacité en cours.
4. L'indemnité journalière est réduite proportionnellement si le nouveau revenu effectif ou l'indemnité de chômage sont inférieurs.
5. Les tarifs et conditions générales d'assurance individuelle en vigueur sont applicables.
6. Le droit au passage en assurance individuelle n'existe pas:
 - a. en cas de résiliation du contrat d'assurance collectif et de la reprise de celui-ci par un autre assureur pour le même cercle de personnes ou des parties de celui-ci;
 - b. lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi;
 - c. si l'assuré quitte son emploi et passe dans l'assurance indemnité journalière d'un nouvel employeur;
 - d. en présence d'une convention de libre passage applicable.

E. Prestations assurées

Art. 12 Prestations assurées

1. Incapacité partielle
L'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25%. Les jours d'incapacité inférieurs à ce taux, ne sont pas pris en compte pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.
2. Annonce de l'incapacité
 - a. Chaque incapacité totale ou partielle doit être annoncée à l'assureur dans les 15 jours qui suivent sa survenance. Après ce délai, le jour où l'assureur a pris connaissance de l'incapacité est réputé comme premier jour d'incapacité.
 - b. Si l'annonce est intervenue tardivement pour des motifs excusables, le versement d'indemnités journalières est limité à 180 jours précédant le jour de la communication.

3. Attestation médicale de l'incapacité
 - a. Si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité, l'assureur se réserve le droit de considérer le jour de l'établissement dudit certificat comme étant le premier jour d'incapacité.
 - b. L'assureur paie l'incapacité médicalement attestée et prouvée. Pour les incapacités de plus de 3 jours, l'établissement d'un certificat médical est obligatoire. Une attestation du médecin, basée sur des consultations régulières au cabinet, doit être remise à l'assureur au moins une fois par mois.

4. Epuisement
L'assuré ne peut empêcher l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à celle-ci. Dans ce cas, l'assureur verse les prestations selon l'évaluation de l'incapacité par le médecin-conseil.

5. Calcul de l'indemnité journalière
 - a. Le salaire AVS dû par l'entreprise assurée constitue la base du calcul de l'indemnité journalière. Le salaire et part de salaire non soumis AVS en raison de l'âge de la personne assurée, ainsi que les allocations familiales dès l'instant où elles ne sont plus perçues par un ayant droit, sont également pris en compte.
 - b. Pour les éléments du salaire soumis AVS non encore versés au moment du sinistre et auxquels la personne pourrait prétendre, l'indemnité journalière correspondante est déterminée en divisant par 365 lesdits éléments perçus pendant les 12 mois précédant l'incapacité, mais au plus tôt depuis la date d'engagement.
 - c. Si l'indemnité est exprimée en pourcentage du salaire, elle est calculée pour les salaires horaires et les salaires mensuels, mais au maximum selon les règles prévues par la convention collective, comme suit:

Salaire horaire:

Salaire horaire de base brut (éventuellement avec 13^e salaire)

multiplié par:

nombre d'heures hebdomadaires ou annuelles moyen multiplié par:

52 semaines (si nombre d'heures hebdomadaires) divisé par:

365 jours (y compris année bissextile) multiplié par: pourcentage de couverture fixé.

Avec cette méthode, les suppléments pour vacances et jours fériés sont inclus dans le calcul de l'indemnité journalière. Sous salaire horaire de base brut, les jours fériés et les vacances ne sont pas ajoutés au salaire horaire de base.

Salaire mensuel:

Salaire mensuel multiplié par:

12 mois (ou 13 mois, si 13^e salaire)

divisé par:

365 jours (y compris année bissextile)

multiplié par:

pourcentage de couverture fixé.

- d. Si la personne assurée exerce une activité lucrative irrégulière ou si son salaire est soumis à de fortes fluctuations, l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu pendant les 12 mois précédant l'incapacité.
- e. Les éléments du salaire destinés à compenser des

frais dépendant de la réalisation de l'activité professionnelle, notamment les indemnités de repas et les frais de représentation, ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'indemnité journalière.

f. L'augmentation de salaire durant une incapacité peut être prise en compte si elle a été convenue avant l'incapacité ou si elle est prévue par une convention collective de travail.

6. Délai d'attente

a. L'indemnité journalière due est versée après l'expiration du délai d'attente choisi, pour chaque jour d'incapacité (dimanches et jours fériés y compris). Les jours d'incapacité partielle donnant droit à des prestations sont comptés comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente.

b. Si le délai d'attente par incapacité est prévu dans le contrat, il s'applique à chaque incapacité donnant droit à des prestations. En cas de rechute, seul l'éventuel délai d'attente restant est appliqué.

c. Si le délai d'attente par année civile est prévu dans le contrat, il s'applique une seule fois par année civile pour une ou plusieurs incapacités donnant droit à des prestations. En cas d'incapacité sans interruption sur plusieurs années, le délai d'attente annuel ne s'applique qu'une seule fois.

d. Si le délai d'attente par année de service est prévu dans le contrat, il s'applique une seule fois par année de service pour une ou plusieurs incapacités donnant droit à des prestations. En cas d'incapacité sans interruption sur plusieurs années de service, le délai d'attente ne s'applique qu'une seule fois. On entend par année de service, une période de 365 jours consécutifs pendant laquelle un rapport de travail existe avec le preneur d'assurance.

e. Lorsque l'incapacité en cours n'est plus due à un accident mais à une maladie, ou inversement, le délai d'attente est applicable au nouveau risque (accident, maladie), sauf lorsque les deux risques sont couverts par le même assureur.

Art. 13 Prestations assurées en cas de maternité

1. Les indemnités journalières assurées sont versées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois et pour autant que la grossesse ait duré au minimum 23 semaines ou que l'enfant soit viable.

2. L'indemnité journalière convenue en cas de congé maternité, correspond au montant du salaire couvert après déduction des éventuelles prestations fédérales, voire d'une assurance maternité cantonale.

3. Les indemnités journalières en cas d'incapacité ne peuvent être cumulées aux prestations en cas de maternité.

Art. 14 Prestations supplémentaires

1. En cas de maintien du contrat de travail au-delà de l'âge ordinaire de la retraite et en l'absence d'une incapacité en cours à cette échéance, l'employé a encore droit à 180 indemnités journalières au plus tard jusqu'à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans.

2. En cas de décès de l'assuré résultant d'une incapacité donnant droit à des prestations, l'assureur verse l'indemnité journalière dans les limites de la couverture d'assurance et des dispositions de l'article 338 CO.

3. Perte de gain additionnelle

a. Si elle est souscrite dans le contrat, la perte de gain additionnelle assure le gain obtenu grâce à la capacité de travail que l'assuré exploite concrètement et durablement au sein de l'entreprise, après avoir épuisé son droit aux prestations au sens de l'art. 6, al. 3. Cette dernière est octroyée pour une durée supplémentaire de 180 jours durant une période de 5 ans depuis l'épuisement.

b. Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité, mais n'est pas imputé sur la durée des 180 jours.

c. L'assuré ne peut avoir droit à la perte de gain additionnelle s'il a déjà épuisé plus d'une fois son droit aux prestations d'une assurance indemnité journalière.

d. Si, à l'échéance de la période des 5 ans depuis le début de la perte de gain additionnelle, l'assuré n'a pas épuisé son droit à cette prestation supplémentaire, il bénéficie à nouveau du droit à la couverture principale prévue dans le contrat au sens de l'art. 6, al. 3.

e. La perte de gain additionnelle est strictement rattachée au contrat collectif de l'entreprise dans le but de favoriser la réinsertion. L'employé qui cesse d'appartenir au cercle des assurés ne bénéficie pas du libre passage pour cette prestation.

Art. 15 Congé non payé

1. Durant un congé non payé, la couverture peut être maintenue pendant une durée maximale de 12 mois. Pour ce faire, l'employeur doit communiquer à l'assureur, avant le départ de l'assuré et par écrit, la période du congé non payé fixée contractuellement, si celle-ci dépasse 1 mois. Le droit aux prestations reprend au plus tôt le jour du retour au travail prévu. Le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité.

2. A défaut d'une annonce préalable du congé non payé à l'assureur, toute incapacité survenue durant cette absence ne donne droit à aucune prestation.

Art. 16 Prestations en cas de déplacement ou hors du domicile

1. En vertu de l'art. 24, al. 1:

a. En cas de survenance d'une incapacité hors des environs du domicile de l'assuré (rayon de 200 km), l'assuré a droit aux prestations aussi longtemps qu'il apporte la preuve qu'un retour n'est médicalement pas possible, notamment durant la période où il se trouve hospitalisé.

b. Pendant son incapacité, l'assuré qui désire s'absenter des environs de son domicile (rayon de 200 km), doit en informer préalablement l'assureur. Ce dernier se réserve alors le droit de poursuivre l'octroi des indemnités journalières pendant une période limitée, après analyse des circonstances. En l'absence de l'accord de l'assureur, les prestations sont refusées durant le séjour hors des environs du domicile.

2. Le travailleur détaché a droit aux prestations aussi longtemps qu'il reste au bénéfice d'une couverture selon la LAA mais au maximum pendant 6 ans et ensuite dès son retour en Suisse.

Art. 17 Limitation du droit aux prestations

1. Les prestations sont refusées:
 - a. lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;
 - b. en cas d'incapacités lors de service militaire à l'étranger.
2. Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement:
 - a. si l'accident est causé par la faute de l'assuré, en cas de dangers extraordinaires et d'entreprises téméraires au sens de la LAA;
 - b. si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas les obligations citées aux articles 23 et 24 des présentes conditions générales;
 - c. si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction, (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable. Dans ce cas, l'assureur se réserve en outre le droit de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;
 - d. si l'assuré refuse de fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations;
 - e. si l'assuré ne procède pas ou pas à temps à une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité. Dans ce cas, les indemnités journalières sont suspendues jusqu'au jour du dépôt de la demande;
 - f. lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi (notamment pour éviter un examen du risque ou pour retrouver un nouveau droit aux prestations) ou lorsque le travail proposé est manifestement incompatible avec les capacités physiques et mentales, les connaissances professionnelles ou les ressources matérielles (permis de conduire, etc.) de l'assuré.

F. Primes

Art. 18 Calcul de la prime

Le salaire AVS dû par l'entreprise assurée, constitue la base du calcul de la prime. Le salaire et part de salaire non soumis AVS en raison de l'âge de la personne assurée, ainsi que les allocations familiales sont également pris en compte.

Art. 19 Paiement des primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. Sauf accord explicite mentionné dans le contrat, le taux de prime est fixé par année civile.
3. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans le contrat.
4. La prime provisoire peut être modifiée en tout temps par l'assureur.

5. Les acomptes de primes exigibles au cours de l'année civile d'assurance sont considérés comme des montants échelonnés à payer en vertu des délais octroyés. Ils peuvent être adaptés en tout temps à l'évolution de la masse salariale en cours d'année.
6. Lorsque la prime ou les acomptes ne sont pas payés dans les délais, l'assureur somme le débiteur de s'en acquitter, avec les frais, dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation et lui rappelle les conséquences de la demeure. Si la prime arriérée majorée des frais n'est pas acquittée dans le délai imparti, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations sont suspendus. Après paiement intégral des primes arriérées majorées des frais, le preneur d'assurance recouvre son droit aux prestations avec effet rétroactif à partir du moment où la suspension a pris effet. Dans ce cas, la prime est due pour toute la durée de la suspension.
7. Si le preneur d'assurance est en retard dans le paiement de deux primes au moins, l'assureur est en droit de résilier le contrat pour la fin d'un mois, moyennant un préavis d'un mois.

Art. 20 Adaptation du taux de prime

1. Sauf accord explicite mentionné dans le contrat, l'assureur est en droit d'adapter annuellement le taux de prime à l'évolution des sinistres ou en cas de modification du tarif des primes. Les adaptations s'effectuent pour le 1^{er} janvier de chaque année.
2. Le taux de prime peut être adapté lors de l'entrée en vigueur de nouvelles circonstances (fusion, scission, absorption, etc.) ainsi qu'en cas de modification importante de la composition du cercle des personnes assurées, pour autant que la masse salariale varie de 10% ou plus.
3. L'assureur informe le preneur d'assurance du nouveau taux de prime au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours.
4. Les modifications sont considérées comme approuvées si l'assureur n'a reçu aucun avis de résiliation avant la fin de l'année civile.
5. L'assureur est en droit de corriger rétroactivement le taux de prime conformément à la situation effective de la sinistralité si des cas d'incapacités sont annoncés tardivement. Les corrections rétroactives sont considérées comme approuvées si l'assureur n'a reçu aucun avis de résiliation par recommandé dans les 30 jours à compter de la communication du taux de prime corrigé. La résiliation du contrat est effective au plus tôt à la fin du mois durant lequel l'assureur a reçu l'avis.

Art. 21 Décompte de prime

Le décompte définitif de la prime est établi à la fin de l'exercice qui correspond à l'année civile, sur la base des documents fournis par le preneur d'assurance conformément à l'article 23 des présentes conditions d'assurance.

Art. 22 Participation aux excédents

1. Le preneur d'assurance reçoit la part convenue de l'éventuel excédent selon les dispositions prévues dans le contrat.

2. Le décompte est effectué 5 mois au plus tôt après la fin de la période de décompte, mais seulement après liquidation et indemnisation de tous les sinistres survenus durant cette période.
3. Lorsque les sinistres afférents à une période de décompte clôturée sont annoncés ou indemnisés après l'établissement du décompte, un nouveau décompte de participation est établi. L'assureur demande la restitution des excédents versés en trop.
4. Une éventuelle participation aux excédents est versée pour autant que le contrat d'assurance ait été en vigueur jusqu'à la fin de la période de décompte.
5. Lors du calcul de la participation aux excédents, tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont à charge du contrat collectif.

G. Dispositions diverses

Art. 23 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance doit informer par écrit l'assuré sur ses droits et obligations qui découlent de l'assurance, en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat prend fin.
2. Le preneur d'assurance doit également informer les personnes assurées sur les éléments essentiels du contrat.
3. Le preneur d'assurance est responsable d'annoncer les incapacités conformément à l'art. 12, al. 2, let. a. Pour ce faire, il complète le formulaire d'annonce de sinistre mis à sa disposition par l'assureur.
4. Le preneur d'assurance communique immédiatement à l'assureur la fin des rapports de travail de l'assuré en incapacité.
5. Lors de la facturation définitive, le preneur d'assurance remet à l'assureur le formulaire de déclaration de salaires et sur demande les décomptes AVS des personnes assurées. Si le formulaire de décompte de salaires n'est pas fourni dans les 30 jours dès la demande de l'assureur, ce dernier somme le preneur d'assurance. Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent. L'article 19 des présentes conditions d'assurance est applicable par analogie pour le paiement de la prime complémentaire.
6. Le preneur d'assurance est tenu d'autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter au besoin les livres et les pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS, à défaut de quoi l'assureur se réserve le droit de suspendre la couverture et le droit aux prestations.
7. Le preneur d'assurance s'engage à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (procuration, certificats médicaux, pièces comptables ou administratives, etc.). L'assureur se réserve le droit de vérifier la vraisemblance du salaire déclaré.
8. Le preneur d'assurance doit informer l'assureur d'une éventuelle aggravation du risque (par exemple: modification du genre de l'entreprise ou de la profession assurée).

Art. 24 Obligations de l'assuré

1. Durant son incapacité, l'assuré doit rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur).
2. L'assuré fournit à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (procuration, pièces médicales, décision et/ou décompte d'autres assureurs, etc.). Il avertit aussi immédiatement l'assureur de tout changement de sa situation susceptible d'influencer son droit aux prestations (modification du taux d'incapacité, inscription à l'assurance chômage, droit à des prestations de tiers, etc.).
3. L'assuré délègue le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur.
4. L'assuré doit collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteur de sinistres, collaborateurs, médecins, etc.). Il doit notamment suivre leurs prescriptions, fournir les documents demandés et répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées.
5. L'assuré a l'obligation de déposer une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité au plus tard dans les 6 mois qui suivent le début de l'incapacité ou, sur invitation de l'assureur, auprès d'une autre institution sociale.
6. L'assuré a l'obligation de diminuer le dommage ce qui inclut notamment la collaboration avec les institutions d'assurance sociale (assurance invalidité, assurance-accidents, assurance militaire, etc.).
7. Au plus tard dans les 3 jours qui suivent le début de l'incapacité, l'assuré doit consulter un médecin autorisé à son cabinet et suivre ses prescriptions.
8. Lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance, l'assuré devra prendre en charge les frais d'investigation engagés pour le contrôle de son incapacité ainsi que pour le suivi du dossier.

Art. 25 Prestations de tiers

1. Si un tiers réduit ses prestations pour cause de sanction, l'assureur ne compense pas la diminution qui en résulte.
2. Si, sans l'accord de l'assureur, l'assuré passe, avec un tiers tenu à prestations, une convention dans laquelle il renonce totalement ou partiellement aux prestations d'assurance ou de la réparation due, les prestations contractuelles correspondantes sont réduites en conséquence.
3. Dans les limites du droit aux prestations, l'assureur avance les prestations aussi longtemps que l'assurance invalidité (LAI), une assurance-accidents (LAA), l'assurance militaire (LAM), une institution de prévoyance professionnelle (LPP) voire un assureur étranger n'établissent pas un droit à une rente. Dès l'octroi de la rente par l'une ou plusieurs des institutions précitées, l'assureur est en droit de demander directement auprès de ces dernières le remboursement des avances concédées durant la période donnant droit à une rente.
4. En référence notamment aux conventions de libre passage, la durée durant laquelle les indemnités journalières ont été allouées par les précédents assureurs est imputée sur la durée maximale du droit aux prestations.

Art. 26 Surindemnisation

Les prestations de l'assureur ou leur concours avec celles d'autres assureurs, ne doivent pas entraîner de surindemnisation de l'assuré. La surindemnisation doit être remboursée à l'assureur.

Art. 27 Cession et mise en gage des prestations

Le preneur d'assurance ne peut ni céder, ni mettre en gage sa créance envers l'assureur, sans consentement de celui-ci.

Art. 28 Clause courtier

Si le preneur d'assurance mandate un courtier, celui-ci mène les relations d'affaires avec l'assureur. Il transmet toutes les demandes et réponses, sauf les paiements, de l'une des deux parties vers l'autre. Ces données sont considérées comme arrivées chez le preneur d'assurance lorsqu'elles parviennent au courtier.

Art. 29 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées au siège de l'assureur ou à l'une de ses agences officielles.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.

Art. 30 Lieu d'exécution

Sauf dispositions particulières contraires, les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et en francs suisses.

Art. 31 For

En cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.