

GRAPE ASSURANCE PERTE DE GAIN (LCA)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Edition 2023



SOMMAIRE

1.	Bases de l'assurance	4	8.	Prestations	7
1.1	But	4	8.1	Conditions régissant les prestations	7
1.2	Organisme assureur	4	8.2	Etendue des prestations	7
1.3	Bases du contrat	4	8.3	Début des prestations	8
1.4	Police d'assurance	4	8.4	Durée des prestations	8
1.5	Loi sur le contrat d'assurance	4	8.5	Limitations en matière de prestations	9
2.	Cercle des personnes assurées	4	9.	Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident	10
2.1	Preneur d'assurance	4	9.1	Obligations en cas de sinistre	10
2.2	Personnes assurées	4	9.2	Réduction du dommage	10
3.	Validité territoriale	4	9.3	Obligation de renseigner	10
3.1	Généralités	4	9.4	Violation des devoirs de collaborer	10
3.2	Travailleurs détachés à l'étranger	4	9.5	Impôt à la source	10
3.3	Séjour à l'étranger en cas de maladie	4	10.	Primes et paiements	11
4.	Possibilités d'assurance	4	10.1	Calcul des primes	11
4.1	Couverture intégrale	4	10.2	Masse salariale déterminante	11
4.2	Couverture avec déclaration de santé	4	10.3	Paiement des primes	11
4.3	Couverture échelonnée	5	10.4	Exonération de prime en cas de sinistre	11
5.	Début, durée et fin du contrat d'assurance	5	10.5	Garantie des primes	11
5.1	Début du contrat	5	10.6	Adaptation des primes	12
5.2	Durée du contrat	5	10.7	Participation aux excédents	12
5.3	Fin du contrat	5	10.8	Versement des prestations	12
6.	Entrée en vigueur, durée et extinction de la protection d'assurance	5	11.	Coordination des prestations	12
6.1	Début de la protection d'assurance	5	11.1	Réduction, surindemnisation et remboursement	12
6.2	Extinction et interruption de la protection d'assurance	5	11.2	Prestations provisoires et recours	13
6.3	Passage dans l'assurance individuelle	6	11.3	Surindemnisation	13
7.	Etendue de l'assurance	6	12.	Protection des données	13
7.1	Montant de l'indemnité journalière assurée	6	12.1	Principe	13
7.2	Base de calcul	6	12.2	But du traitement	13
7.3	Couverture maximale	7	12.3	Transmission des données à des tiers pour traitement	13
			12.4	Conservation des données	13
			13.	Communications	13
			14.	For	13

La forme masculine choisie dans les présentes CGA vaut également pour les personnes de sexe féminin.
Ce texte a été traduit de l'allemand. En cas de divergence entre la version allemande et la version française, la version dans la langue d'origine fait foi. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions sur vos conditions d'assurance actuelles ou visitez www.grapehealth.ch.

1. Bases de l'assurance

1.1 But

L'assurance grappe assurance perte de gain (LCA) a pour but de couvrir la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite de maladie.

La couverture de la perte de gain par suite d'accident, d'accouchement (indemnité d'accouchement) et de paternité (indemnité de paternité) peut être incluse dans l'assurance.

1.2 Organisme assureur

L'organisme assureur est la société Quantum Leben AG, Städtle 18, 9490 Vaduz, Lichtenstein (désignée ci-après par assureur).

L'entreprise d'assurance mentionnée sur la police d'assurance est habilitée à accomplir tous les actes au nom et pour le compte de la société Quantum Leben AG. AG.

1.3 Bases du contrat

Sont réputées bases du contrat

- la proposition d'assurance, y compris les déclarations de santé éventuelles,
- la police d'assurance,
- les Conditions particulières (CP) mentionnées sur la police d'assurance,
- les Conditions supplémentaires (CS) stipulées sur la police d'assurance,
- les présentes Conditions générales d'assurance (CGA),
- la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908.

1.4 Police d'assurance

La police d'assurance indique les couvertures d'assurance souscrites.

Les CS ou accords qui dérogent aux CGA ou qui les complètent sont également mentionnés sur la police d'assurance.

1.5 Loi sur le contrat d'assurance

Pour autant que le contrat d'assurance ainsi que les CGA ne fixent pas de réglementations dérogatoires, les dispositions de la LCA sont applicables.

2. Cercle des personnes assurées

2.1 Preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est l'entreprise décrite sur la police d'assurance avec les unités lui appartenant.

2.2 Personnes assurées

2.2.1 Salariés

Sont assurés les personnes physiques ou groupes de personnes mentionnés sur la police d'assurance

- a) s'ils sont liés par un contrat de travail ou d'apprentissage avec le preneur d'assurance,
- b) s'ils sont soumis à l'AVS ou y seraient soumis au vu de leur âge ou continuent d'être occupés dans l'entreprise assurée au moment d'atteindre l'âge AVS et
- c) s'ils n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus, sous réserve de l'article 2.2.4 let. c).

Les frontaliers sont assimilés aux personnes domiciliées en Suisse.

2.2.2 Assurance sur la base d'un accord spécial

Ne sont assurés que sur la base d'un accord spécial:

- a) les auxiliaires si leur contrat de travail est limité à trois mois ou moins,
- b) les employés à temps partiel et salariés à l'heure qui ne sont pas assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) contre les consé-

quences d'accidents non professionnels,

- c) les travailleurs à domicile.

2.2.3 Chef d'entreprise et les membres de sa famille

Sont coassurés, dans la mesure où ils sont mentionnés nommément et avec une somme de salaire fixe sur la police d'assurance,

- a) le chef d'entreprise,
- b) son conjoint, ses enfants ou ses parents qui travaillent dans l'entreprise mais ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires.

2.2.4 Personnes non assurées

Sont exclus de l'assurance

- a) le personnel prêté au preneur d'assurance par des entreprises tierces,
 - b) les personnes qui travaillent pour l'entreprise assurée sur la base de mandats,
 - c) les personnes qui, au moment d'entrer dans l'entreprise, ont atteint l'âge ouvrant le droit à une rente ordinaire de l'AVS.
-

3. Validité territoriale

3.1 Généralités

L'assurance est valable dans le monde entier sous réserve des exceptions énumérées ci-après.

3.2 Travailleurs détachés à l'étranger

Pour les travailleurs détachés à l'étranger, l'assurance est valable durant 24 mois à compter du jour du détachement. Sur requête, la couverture d'assurance peut être prolongée, pour autant qu'une couverture selon la LAA en faveur de ces personnes soit en vigueur simultanément.

3.3 Séjour à l'étranger en cas de maladie

Lorsqu'un assuré malade et ayant droit aux prestations se rend à l'étranger, il n'a pas droit aux prestations pendant la durée du séjour à l'étranger, à moins que l'assureur n'ait donné son consentement au préalable.

4. Possibilités d'assurance

4.1 Couverture intégrale

4.1.1 Principe

La couverture intégrale est coordonnée avec la LPP et a pour but d'assurer la perte de gain sans la moindre réserve jusqu'au versement de la rente LPP.

4.1.2 Maladies et accidents antérieurs

Dans le cadre de la couverture intégrale, les prestations sont également allouées pour les maladies et les suites d'accidents ayant déjà existé au moment de l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

4.2 Couverture avec déclaration de santé

4.2.1 Principe

La couverture avec déclaration de santé a pour but d'assurer la perte de gain par suite de maladies et de suites d'accidents qui apparaissent après l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

4.2.2 Maladies et accidents antérieurs

Pour les maladies et les suites d'accidents ayant existé au moment de l'entrée en vigueur de la protection d'assurance, la prestation assurée est allouée pour la durée des prestations prévue par la couverture échelonnée.

Les chefs d'entreprise et les membres de leur famille n'ont pas droit aux prestations prévues par la couverture échelonnée.

L'assureur communique la limitation de couverture par écrit à l'assuré. Cette restriction déploie ses effets dès l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

4.2.3 Déclaration de santé

Pour vérifier les maladies et suites d'accidents ayant existé antérieurement, un examen de santé est effectué lors de l'entrée dans l'entreprise à l'aide d'une déclaration de l'assuré sur le formulaire mis à disposition par l'assureur.

4.2.4 Obligation de renseigner

L'assuré est tenu de déclarer à l'assureur toutes les maladies et suites d'accidents qui existent ou ont existé au moment de l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

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

4.2.5 Obligation du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'assureur reçoive toutes les indications nécessaires sur l'assuré. Il est tenu de renseigner l'assuré au moment de l'entrée dans l'assurance sur la restriction possible en matière de prestations pour les maladies et les suites d'accidents ayant existé antérieurement.

4.3 Couverture échelonnée

4.3.1 Principe

La couverture échelonnée a pour but d'allouer des indemnités journalières sans réserve et ajustées sur l'obligation légale de l'employeur de verser le salaire selon le Code des obligations (CO).

4.3.2 Maladies et accidents antérieurs

Dans le cadre de la couverture échelonnée, les prestations sont également allouées pour les maladies et les suites d'accidents ayant déjà existé au moment de l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

5. Début, durée et fin du contrat d'assurance

5.1 Début du contrat

L'assurance débute à la date convenue sur la police d'assurance.

La conclusion de l'assurance est possible en tout temps, également en cours d'année civile.

5.2 Durée du contrat

5.2.1 En général

Le contrat d'assurance est conclu pour la durée mentionnée dans la police d'assurance. La durée minimale du contrat est d'une année civile.

5.2.2 Prolongation du contrat

A l'expiration de la durée contractuelle convenue, le contrat d'assurance est reconduit tacitement pour une nouvelle année s'il n'est pas résilié dans les délais impartis.

5.3 Fin du contrat

5.3.1 Résiliation

Le contrat d'assurance peut être résilié par écrit par les deux partenaires contractuels pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois. La résiliation est possible pour la première fois avec effet à la date d'échéance mentionnée sur la police d'assurance.

La résiliation n'est valable que si elle parvient par écrit et dans les délais impartis, c.-à-d. au plus tard le dernier jour ouvrable avant le début du délai de résiliation de trois mois.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, l'assureur peut soumettre au preneur d'assurance une nouvelle offre d'assurance assortie d'une nouvelle durée.

Si le contrat d'assurance n'est pas résilié, il est reconduit tacitement pour une nouvelle année.

5.3.2 Extinction du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance s'éteint avec effet immédiat

- a) en cas de cessation de l'activité commerciale du preneur d'assurance,
- b) en cas de transfert du siège social à l'étranger.

5.3.3 Résiliation du contrat par l'assureur

L'assureur n'est pas lié au contrat d'assurance et peut s'en départir

- a) en cas d'arriérés de primes conformément aux dispositions régissant les retards dans le paiement,
- b) si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître ou
- c) si, en cours de contrat, il dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur.

5.3.4 Renoncement au droit de résiliation en cas de sinistre

L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat d'assurance en cas de sinistre.

La résiliation pour la date d'échéance du contrat demeure réservée.

6. Entrée en vigueur, durée et extinction de la protection d'assurance

6.1 Début de la protection d'assurance

La protection d'assurance prend effet dès le jour où le travailleur commence le travail ou dès le début de son droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où il prend le chemin pour se rendre au travail.

Le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail, les personnes atteintes d'une invalidité partielle ou les travailleurs handicapés qui, en raison de leur atteinte à la santé, n'exercent qu'une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée doivent disposer de leur pleine capacité de travail pour l'activité à temps partiel convenue.

6.2 Extinction et interruption de la protection d'assurance

6.2.1 Fin de la protection d'assurance

La protection d'assurance s'éteint pour l'assuré

- a) lorsque ses rapports de travail chez le preneur d'assurance prennent fin,
- b) en cas de maintien de son emploi en âge AVS, lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans révolus,
- c) par épuisement définitif du droit aux prestations conformément à la durée des prestations convenue dans la police d'assurance, sans recours à une capacité résiduelle de gain,
- d) par décès,
- e) lorsque le contrat d'assurance prend fin.

6.2.2 Suspension de l'obligation d'allouer des prestations en cas d'interruption de travail

La protection d'assurance est maintenue en cas d'interruption de travail sans droit au salaire. Cela ne s'applique pas en cas d'interruptions de travail par suite de maladie et d'accident ainsi qu'en cas de service dans l'armée suisse ou dans la protection civile.

Sauf accord contraire, la prestation débute au plus tôt le jour de la reprise prévue du travail. Les jours d'incapacité de travail durant le congé non payé sont imputés sur le délai d'attente et la durée des prestations.

6.3 Passage dans l'assurance individuelle

6.3.1 Droit de passage

Toute personne domiciliée en Suisse peut passer sans examen de l'état de santé dans l'assurance individuelle

- lorsqu'elle cesse d'appartenir au cercle des assurés de l'assurance collective,
- lorsqu'elle a fini de toucher les prestations ou
- lorsque le contrat d'assurance prend fin.

Les frontaliers peuvent passer dans l'assurance individuelle lorsqu'ils continuent de travailler en Suisse immédiatement après leur sortie de l'assurance collective d'indemnités journalières et qu'ils ne peuvent pas s'affilier à une autre assurance collective d'indemnités journalières ou s'ils ont le statut de personnes au chômage au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) et ont droit aux indemnités journalières au titre de l'assurance-chômage. Si les nouveaux revenus sont inférieurs au salaire assuré jusque-là, le droit de passage se limite aux nouveaux revenus.

Le droit de passage doit être exercé par écrit dans les 90 jours qui suivent la communication de l'employeur concernant le droit de passage.

En l'absence de communication de la part de l'employeur, le droit de passage de l'assuré doit être formulé par écrit dans les 180 jours à compter de la sortie de l'assurance collective.

Si l'assuré bénéficie d'une prolongation de la couverture (article 8.2.4), le délai commence à courir dès qu'il présente une capacité de travail d'au moins 50% attestée médicalement ou au plus tard après la fin de l'obligation de verser des prestations. Dans ce cas, l'information est donnée par l'assureur. L'assurance individuelle débute le jour qui suit celui où l'assuré a cessé d'appartenir au cercle des personnes assurées ou a fini de toucher les prestations ou un jour après la fin du contrat d'assurance.

Sont applicables les conditions et tarifs de l'assurance individuelle valables au moment du passage, y compris les dispositions relatives au montant maximal de l'indemnité journalière assurée.

Les dispositions relatives à la prolongation de la couverture demeurent réservées.

6.3.2 Devoir d'information de l'employeur

Le preneur d'assurance est tenu de renseigner l'assuré sortant de l'assurance collective à temps et par écrit sur leur droit de passage et le délai dont il dispose pour passer dans l'assurance individuelle.

Lorsque le preneur d'assurance ne remplit pas ce devoir d'information, il doit répondre des dommages qui en résultent.

6.3.3 Maintien de l'assurance

Le maintien de l'assurance a lieu en principe dans les limites de la couverture d'assurance accordée jusqu'alors, mais au maximum à hauteur du nouveau revenu de l'activité lucrative.

Un revenu maximal de CHF 300'000 par année est assuré.

Les personnes sans activité lucrative peuvent s'assurer jusqu'à concurrence de la rente maximale simple de l'AVS.

Les chômeurs au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire (LACI) peuvent, moyennant une adaptation correspondante des primes et

indépendamment de leur état de santé, transformer leur ancienne 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.

6.3.4 Imputation de prestations déjà perçues

Les prestations déjà perçues

- dans cette assurance collective
 - auprès d'anciens assureurs
- sont imputées sur la durée des prestations de l'assurance individuelle.

6.3.5 Exclusion du droit de passage

Il n'y a aucun droit de passage

- a) lorsque l'assuré quitte son emploi et passe dans l'assurance perte de gain de son nouvel employeur,
- b) lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat d'assurance pour ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur et que ce dernier doit, sur la base d'un accord de libre passage, garantir le maintien de la protection d'assurance,
- c) tant que des prestations sont allouées dans le cadre de la prolongation de la couverture. L'exclusion se limite au degré d'incapacité de travail,
- d) lorsque l'assuré prend sa retraite, au plus tard à l'âge ouvrant le droit à une rente AVS,
- e) lorsque l'assuré a son domicile à l'étranger,
- f) pendant la durée d'une garantie de couverture provisoire,
- g) lorsque l'assuré a épuisé les prestations prévues dans le contrat collectif et qu'il n'existe plus de capacité de travail résiduelle.

7. Etendue de l'assurance

7.1 Montant de l'indemnité journalière assurée

Le montant de l'indemnité journalière est convenu entre le preneur d'assurance et l'assureur.

7.2 Base de calcul

7.2.1 Principe

L'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 la perte de gain moyenne et assurée d'une année. Les indemnités journalières obtenues sont versées pour chaque jour civil.

Il s'agit en l'occurrence d'une assurance contre les dommages.

7.2.2 Salariés

Pour les salariés, la perte de gain subie du fait du cas d'assurance sert de base de calcul. Est réputé perte de gain subie le dernier salaire perçu avant l'incapacité de travail auprès du preneur d'assurance et soumis à l'AVS, y compris les éléments de salaire non encore payés auxquels le travailleur peut prétendre à juste titre. Les franchises fiscales ou AVS pour les personnes en âge AVS n'influencent pas le montant de la base de calcul.

Les adaptations de salaires liées à un changement du taux d'occupation ou les augmentations générales de salaires ne sont prises en considération que s'il existe un droit ou si elles ont été manifestement convenues avant la survenance du cas de prestations.

Les allocations familiales qui sont versées aux salariés par les caisses de compensation pour allocations familiales au titre d'allocations pour enfants ou d'allocations de formation professionnelle selon les dispositions de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) et les allocations familiales dans l'agriculture (LFA) sont considérées comme perte de gain et sont coassurées.

Pour les salariés non soumis à l'AVS, le salaire brut convenu selon les normes de l'AVS s'applique en lieu et place du salaire soumis à l'AVS.

Un revenu provenant d'une autre activité n'est pas pris en considération.

7.2.3 Revenu irrégulier

En cas de revenu soumis à de fortes fluctuations, il sera tenu compte du salaire moyen des 12 derniers mois entiers décomptés avant le début de l'incapacité de travail.

Lorsque la durée d'occupation est inférieure à 12 mois, le calcul se fera sur la base du salaire moyen perçu depuis le début de l'occupation.

7.2.4 Personnes avec somme de salaire fixe

Pour les personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, la somme de salaire fixe convenue par avance sert de base de calcul.

En cas de sinistre, il n'est pas nécessaire de fournir une attestation de salaire.

7.2.5 Gérants

Les gérants considérés comme salariés en vertu des dispositions légales peuvent, sur demande, assurer une somme de salaire fixe.

7.2.6 Augmentation de la couverture d'assurance

Une déclaration de santé est requise pour la proposition en vue de l'augmentation d'une somme de salaire fixe convenue.

Une éventuelle restriction en matière de prestations ou un rejet de la proposition ne s'applique que sur l'augmentation d'assurance.

7.3 Couverture maximale

Le montant du salaire assurable par personne et par année est limité à CHF 300'000.

8. Prestations

8.1 Conditions régissant les prestations

8.1.1 Principe

La condition pour l'octroi de prestations est une incapacité de travail par suite de maladie (ou d'accident ou d'accouchement, pour autant que le risque en cause soit couvert) attestée d'un point de vue médical et fondée sur des critères objectifs.

L'assureur a le droit de refuser l'octroi d'une prestation si l'incapacité de travail que la personne fait valoir est, de manière prédominante, due à des facteurs non médicaux ou si le diagnostic émis ne justifie pas une incapacité de travail.

8.1.2 Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

8.1.3 Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort.

Sont assimilées aux accidents les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles reconnues comme telles aux termes de la LAA.

8.1.4 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail 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 travail d'une durée supérieure à 90 jours, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Il y a incapacité partielle de travail lorsque le degré de l'incapacité de travail est de 25% au moins.

8.1.5 Incapacité de gain

L'incapacité de gain est celle qui, par une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, et après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles, provoque une perte durable, qu'elle soit totale ou partielle, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré.

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

8.1.6 Certificat médical

L'incapacité de travail doit être attestée par certificat médical. L'attestation doit être établie par un médecin ou chiropraticien reconnu par l'assureur.

L'apposition d'une antedate sur les certificats médicaux et les déclarations de maladie ou d'accident est admise jusqu'à trois jours au maximum.

8.2 Etendue des prestations

8.2.1 En général

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

Le montant total des indemnités journalières allouées ne doit pas dépasser la perte de gain subie par l'assuré du fait du cas d'assurance respectivement la somme de salaire fixe convenue.

8.2.2 Exécution de la convention collective de travail (CCT)

Si les salariés sont soumis à une convention collective de travail (CCT) stipulant d'autres conditions, celles-ci s'appliquent uniquement si et dans la mesure où une couverture conforme à la CCT a été convenue expressément avec le preneur d'assurance pour le cercle de personnes défini dans le contrat d'assurance.

8.2.3 Incapacité partielle de travail

En cas d'incapacité partielle de travail, les prestations sont versées en fonction du degré de l'incapacité de travail.

8.2.4 Prolongation de la couverture

Pour les assurés atteints d'une incapacité totale ou partielle de travail au moment où les rapports de travail prennent fin, le droit aux prestations est maintenu jusqu'à la fin du cas de maladie à l'origine de la prolongation de la couverture, mais tout au plus jusqu'à l'expiration de la durée des prestations convenue.

Les rechutes ne donnent pas droit à des prestations supplémentaires.

Cette prolongation de la couverture est exclue

- en cas de droit au libre passage d'un autre assureur lorsqu'il s'agit d'une reprise de contrat,
- en cas de changement d'emploi et de passage dans l'assurance perte de gain du nouvel employeur,
- lorsque l'assuré prend sa retraite, au plus tard en atteignant l'âge AVS,

- lorsque l'assuré transfère son domicile à l'étranger; pour les frontaliers, le pays de résidence est assimilé à la Suisse,
- lorsque le contrat de travail a été résilié durant la période d'essai,
- lorsqu'il s'est agi d'un contrat de travail à durée déterminée de trois mois ou moins. En cas de contrat de travail à durée déterminée de plus de trois mois, le droit aux prestations n'existe que pendant la durée des rapports de travail.

Lorsqu'une prolongation de la couverture est exclue, les dispositions relatives au passage dans l'assurance individuelle sont applicables.

Les personnes nommément mentionnées sur la police avec une somme de salaire fixe sont exceptées des dispositions relatives à la prolongation de la couverture. Pour ces personnes, le droit aux prestations est maintenu jusqu'à la fin du cas de maladie à l'origine de la prolongation de la couverture, mais tout au plus jusqu'à l'expiration de la durée des prestations convenue. Pour le droit aux prestations, il n'y a pas de libération du paiement des primes au sens de l'article 10.4.

8.2.5 Accident

Lorsque le risque accident est inclus dans l'assurance, les prestations se calculent d'après l'étendue d'assurance convenue sur la police d'assurance.

Si la couverture des accidents est incluse en complément de l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, les indemnités journalières ne sont allouées que dans la mesure où l'assureur LAA est tenu de verser des prestations.

8.2.6 Allocations familiales

Il existe un droit aux allocations pour enfants et allocations de formation professionnelle qui sont versées aux salariés par les caisses de compensation pour allocations familiales selon les dispositions de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) et sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

En cas de suppression des allocations pour enfants et allocations de formation professionnelle par la caisse de compensation pour allocations familiales suite à un empêchement de travailler pour cause de maladie, d'accident ou de maternité, ces allocations sont prises en compte dans les prestations à hauteur de l'indemnité journalière assurée dans la mesure où il s'agit d'un événement assuré.

Le preneur d'assurance, respectivement l'assuré, doit exercer le droit par écrit auprès de l'assureur en apportant la preuve que les allocations légales pour enfants et les allocations légales de formation professionnelle de la caisse de compensation pour allocations familiales sont supprimées.

8.2.7 Suspension de l'obligation d'allouer des prestations en cas de maternité

L'obligation de fournir des prestations en cas de maladie ou d'accident est suspendue pendant huit semaines après l'accouchement ou pendant la durée du droit aux prestations en cas de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (LAPG) ou à l'indemnité d'accouchement de cette assurance.

Les jours d'incapacité de travail durant cette période sont imputés sur le délai d'attente et la durée des prestations.

8.2.8 Indemnité d'accouchement

L'indemnité d'accouchement doit être demandée par le preneur d'assurance et n'est pas automatiquement assurée.

Les membres de la famille qui ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires, ainsi que les indépendantes et les cheffes d'entreprise ne sont pas assurées.

Le droit à l'indemnité d'accouchement naît avec le droit à l'allocation de ma-

ternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) et complète l'allocation de maternité selon la LAPG.

Durant l'octroi de l'allocation de maternité mais tout au plus pour 98 jours, il sera versé la différence entre le montant de l'allocation de maternité et le montant de l'indemnité d'accouchement assurée. Pour 14 jours supplémentaires, l'indemnité d'accouchement est versée à hauteur de l'indemnité journalière assurée.

L'indemnité d'accouchement n'est pas versée lorsque les rapports de travail liant l'assurée au preneur d'assurance prennent fin avant l'accouchement.

Pour les grossesses déjà en cours au moment du début du contrat, il n'y a aucun droit à l'indemnité d'accouchement complémentaire à l'allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG), sauf dans le cadre d'une prestation de libre passage en cas de reprise du contrat.

Le preneur d'assurance peut demander une extension du volume des prestations pour examen. La condition requise pour cela est une réglementation relative au congé de maternité dans le règlement du personnel du preneur d'assurance.

8.2.9 Indemnité de paternité

L'indemnité de paternité doit être demandée par le preneur d'assurance et n'est pas automatiquement assurée.

Les membres de la famille qui ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires, ainsi que les indépendants et les chefs d'entreprise ne sont pas assurés.

Le droit à l'indemnité de paternité naît avec le droit à l'allocation de paternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG) et complète l'allocation de paternité selon la LAPG.

Durant l'octroi de l'allocation de paternité, mais tout au plus pendant 14 jours, l'assurance verse la différence entre l'allocation de paternité et l'indemnité journalière assurée. L'indemnité de paternité n'est pas versée lorsque les rapports de travail liant l'assuré au preneur d'assurance prennent fin avant le congé de paternité. Pour les congés de paternité déjà en cours au moment du début du contrat, il n'y a aucun droit à une indemnité de paternité complémentaire à l'allocation de paternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG), sauf dans le cadre d'une prestation de libre passage en cas de reprise du contrat.

Le preneur d'assurance peut demander une extension du volume des prestations pour examen. La condition requise pour cela est une réglementation relative au congé de paternité dans le règlement du personnel du preneur d'assurance.

8.3 Début des prestations

Le droit aux prestations prend naissance à l'expiration du délai d'attente convenu.

Le délai d'attente débute le jour où commence l'incapacité de travail d'après l'attestation médicale, mais au plus tôt 3 jours avant le premier traitement médical. Sauf accord contraire, les délais d'attente sont définis à nouveau pour chaque cas de maladie ou d'accident.

8.4 Durée des prestations

8.4.1 Principe

La durée des prestations est mentionnée sur la police d'assurance et se calcule, sauf pour la couverture échelonnée, par cas d'assurance. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours entiers.

L'assuré ne doit pas chercher à empêcher l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à celle-ci.

Si un nouveau cas d'assurance survient après épuisement de la durée convenue des prestations, il n'y a protection d'assurance pour ce cas que si l'assuré exploite, totalement ou partiellement, sa capacité résiduelle de gain.

Si une somme de salaire fixe a été convenue, celle-ci est adaptée à la capacité résiduelle de gain.

8.4.2 Imputation du délai d'attente

Le délai d'attente convenu est imputé sur la durée des prestations. Sont réputés jours d'attente les jours où l'incapacité de travail est d'au moins 25%.

8.4.3 Nouveau cas d'assurance

La réapparition d'une maladie ou de suites d'un accident (rechute) est considérée comme nouveau cas d'assurance lorsque, depuis la dernière apparition de la même maladie ou des mêmes suites d'accident, l'assuré était capable de travailler durant 365 jours sans interruption.

En cas de rechute dans les 365 jours, le délai d'attente accompli et les prestations allouées sont imputés.

8.4.4 Deuxième cas d'assurance

Si, alors qu'un cas d'assurance est en cours, un nouveau cas d'assurance se produit, les jours liés au premier cas pour lesquels il existe un droit aux prestations sont imputés sur la durée des prestations du deuxième cas.

8.4.5 Couverture échelonnée

Dans le cadre de la couverture échelonnée, la durée des prestations se détermine, par analogie à l'obligation de l'employeur de verser le salaire, en fonction de la durée des rapports de travail dans l'entreprise assurée. L'échelle suivante est applicable:

Durée des rapports de travail	Durée des prestations
de 3 à 12 mois	3 semaines
jusqu'à 3 ans	9 semaines
jusqu'à 9 ans	13 semaines
jusqu'à 15 ans	17 semaines
jusqu'à 20 ans	22 semaines
jusqu'à 25 ans	27 semaines
jusqu'à 30 ans	31 semaines
plus de 30 ans	36 semaines

Lorsque des résidents de courte durée retournent chaque année dans l'entreprise assurée, la durée d'engagement est imputée sur la base du total des mois de travail accomplis dans l'entreprise.

8.4.6 Allocations familiales

En cas de suppression de l'obligation de la caisse de compensation cantonale pour allocations familiales, les allocations familiales selon les dispositions de la LAFam et de la LFA sont assurées pendant toute la durée des prestations.

8.4.7 Durée des prestations en cas d'accouchement

La durée des prestations en cas d'accouchement est de 112 jours au maximum.

L'octroi de l'indemnité d'accouchement à hauteur de la différence entre le montant de l'allocation de maternité et le montant de l'indemnité d'accouchement assurée prend fin lorsque l'assurée reprend le travail.

L'indemnité d'accouchement pour les 14 jours supplémentaires est versée à

hauteur du montant assuré si, le jour de l'accouchement, l'assurée a droit à l'allocation de maternité selon la LAPG.

L'indemnité d'accouchement est versée sans imputation d'un délai d'attente.

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

8.4.8 Durée des prestations en cas de paternité

La durée des prestations en cas de paternité est de 14 jours.

L'indemnité de paternité, qui correspond à la différence entre le montant de l'allocation de paternité et le montant de l'indemnité assurée, prend fin lors de la reprise de l'activité lucrative.

L'indemnité de paternité est versée sans imputation d'un délai d'attente.

L'indemnité de paternité n'est pas imputée sur la durée maximale des prestations.

8.4.9 Assurance du salaire posthume

Lorsqu'un salarié décède des suites d'une maladie assurée ou d'un accident assuré, l'obligation légale de verser le salaire au sens de l'article 338, al. 2, CO est indemnisée.

La prestation d'assurance est versée sans imputation d'un délai d'attente.

8.4.10 Age AVS

Un assuré qui a atteint l'âge AVS a droit à l'indemnité journalière assurée durant 180 jours au maximum par cas d'assurance.

Si un cas d'assurance est en cours, l'indemnité journalière est allouée à l'assuré à compter de son entrée dans l'âge AVS pour 180 jours supplémentaires au maximum, tout au plus toutefois jusqu'à l'expiration de la durée des prestations convenue, et ce pour autant que l'assuré ou le preneur d'assurance apporte la preuve à l'assureur que les rapports de travail auraient continué en cas de capacité de travail.

Cette règle vaut également pour le chef d'entreprise et les membres de sa famille qui travaillent dans l'entreprise mais ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires (conjoint, enfants, parents) ainsi que pour les personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance.

8.4.11 Imputation en cas de reprise du contrat

Dans le cas d'une reprise du contrat ou d'un renouvellement du contrat, les prestations déjà perçues auprès d'anciens assureurs sont imputées sur la durée des prestations.

8.5 Limitations en matière de prestations

8.5.1 Exclusion de prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance

- pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur,
- en cas de participation à des actes de guerre, des désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger,
- pour les accidents dus à la participation active à des actes punissables, à des bagarres ou à d'autres actes violents, à moins que l'assuré n'ait été blessé alors qu'il ne prenait aucune part à la rixe ou à la bagarre ou qu'il venait en aide à une personne sans défense,
- lorsque l'atteinte à la santé est imputable à l'exposition à des radiations ionisantes non prescrites par un médecin,
- lorsque, durant une incapacité de travail, l'assuré quitte passagèrement la Suisse ou son pays de résidence sans l'agrément de l'assureur jusqu'à son retour en Suisse ou son lieu de résidence,

- f) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement (également par suite d'une tentative de suicide ou d'automutilations) et qu'il ne s'agit pas d'un droit aux prestations reconnu au sens de la LAA,
- g) si, pendant la période d'incapacité de travail, la personne assurée est placée en détention préventive ou qu'une peine ou une mesure est appliquée à son encontre,
- h) en cas d'incapacité de travail suite à des interventions qui ne sont pas médicalement indiquées (p. ex. opérations de chirurgie esthétique).

8.5.2 Restrictions en matière de prestations

Les prestations peuvent être réduites

- a) pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c.-à-d. lorsque l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. En sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes. Est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou à un entraînement pour de telles courses,
- b) lorsque l'assuré s'oppose gravement et à de réitérées reprises aux décisions de l'assureur ou aux instructions du médecin,
- c) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas produits dans les quatre semaines.

Les prestations minimales (durée des prestations selon la couverture échelonnée) sont versées:

- d) durant un séjour d'ordre non professionnel à l'étranger. Les pleines prestations assurées sont versées pendant la durée d'une hospitalisation à l'étranger. Cette restriction devient caduque dès le retour en Suisse,
- e) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours avant la survenance de l'incapacité de travail,
- f) pour les conséquences de tremblements de terre et d'autres catastrophes naturelles.

8.5.3 Négligence grave

L'assureur renonce au droit de réduire les prestations d'assurance selon la LCA lorsque l'assuré a provoqué la maladie ou l'accident par une négligence grave.

8.5.4 Obligation de restituer

Le preneur d'assurance est tenu de rembourser à l'assureur les prestations touchées par erreur ou à tort.

9. Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident

9.1 Obligations en cas de sinistre

L'incapacité de travail doit être annoncée, par écrit et au moyen de la déclaration de maladie, au plus tard cinq jours suivant l'expiration du délai d'attente.

Pour les délais d'attente convenus de plus de 29 jours, l'incapacité de travail doit être annoncée par écrit, dans les 30 jours de sa survenance et au moyen de la déclaration de maladie. Le certificat médical doit être fourni en même temps que la déclaration de maladie.

Si la déclaration de maladie parvient plus tard, le délai d'attente ne commence à courir qu'à réception de l'avis d'incapacité de travail. La durée des prestations débute cependant avec le premier jour de l'incapacité de travail.

Toute diminution du degré de l'incapacité de travail doit être annoncée immédiatement à l'assureur.

L'annonce doit être conforme à la vérité. Lorsque des prestations sont réclamées, l'assuré et le preneur d'assurance doivent mettre toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires à la disposition de l'assureur.

9.2 Réduction du dommage

L'assuré doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à diminuer les prestations, notamment ce qui favorise la guérison. Il doit éviter tout ce qui pourrait ralentir la guérison. Il doit notamment suivre les prescriptions des personnes médicales. L'assureur est en droit de vérifier l'observation des prescriptions médicales et de prendre des mesures de contrôle appropriées.

L'assuré doit apporter la preuve de la perte de gain. S'il ne peut pas prouver la perte de gain, il n'a droit à aucune prestation.

L'assuré qui présente une incapacité de travail probablement complète ou partielle dans sa profession d'origine est tenu d'utiliser son éventuelle capacité de gain restante.

A la demande de l'assureur ou du preneur d'assurance, l'assuré doit

- a) déposer une demande auprès de l'office AI compétent dans les six mois qui suivent la survenance de l'incapacité de travail. Le droit aux prestations est interrompu si l'assuré ne donne pas suite à l'injonction d'annoncer le cas. Le droit renaît une fois l'annonce faite. La durée de l'interruption est imputée sur la durée totale des prestations.
- b) déjà consulter un médecin le premier jour de l'incapacité de travail,
- c) se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de l'assureur. Les frais sont à la charge de l'assureur.

9.3 Obligation de renseigner

En cas d'accident, l'assuré, respectivement le preneur d'assurance, met à disposition de l'assureur toutes les informations nécessaires sur les circonstances de l'accident ainsi que sur les tiers impliqués dans l'accident.

L'assuré libère les médecins traitants et les autres personnes médicales de leur obligation de garder le secret vis-à-vis de l'assureur. L'assureur peut au besoin demander des renseignements auprès d'autres assureurs.

L'assuré et le preneur d'assurance renseignent l'assureur, sans y être invités, sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité. Les décomptes de tiers doivent être présentés à la demande de l'assureur.

Les certificats et les rapports médicaux qui ne sont pas rédigés en allemand, français, italien, romanche ou anglais et pour lesquels aucune traduction légalisée n'est fournie, doivent être traduits aux frais de l'assuré dans l'une de ces langues si l'assureur l'exige.

9.4 Violation des devoirs de collaborer

Les prestations d'assurance peuvent être réduites ou refusées lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance viole les obligations découlant des présentes CGA.

Si l'assuré ne se rend pas à un examen médical ordonné par l'assureur et ne fournit pas d'excuse valable, l'assureur se réserve le droit de facturer à l'assuré les honoraires pour la consultation annulée.

9.5 Impôt à la source

Si des indemnités journalières sont versées au preneur d'assurance pour transmission à l'assuré, le preneur d'assurance est responsable de l'établissement du décompte conformément à la loi et du versement de l'impôt à la source.

10. Primes et paiements

10.1 Calcul des primes

10.1.1 Principe

L'assureur calcule les primes en se fondant sur des méthodes actuarielles reconnues. De telles tarifications comprennent des bases statistiques et des méthodes actuarielles de calcul des primes.

Pour la tarification, la prime de risque d'une communauté de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) est calculée sur la base du code NOGA.

10.1.2 Prime de risque d'une communauté de risque

La prime de risque d'une communauté de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) est recalculée chaque année.

10.1.3 Prime du contrat individuel

Le preneur d'assurance se voit attribuer, en fonction de son risque d'assurance individuel, la prime de risque de la communauté de risque ou une prime réduite/majorée en pour cent de la prime de risque. Il en résulte la prime de risque du contrat individuel.

Le risque d'assurance individuel dépend du volume du contrat, de la charge/fréquence individuelle des sinistres et de la composition du cercle des personnes assurées (p. ex. structure par âge et sexe).

10.1.4 Age

Pour les personnes mentionnées nommément (p. ex. les chefs d'entreprise et les membres de leur famille), la prime est majorée, lors de l'adhésion à l'assurance, d'un supplément d'âge unique à partir de l'âge de 40 ans.

10.2 Masse salariale déterminante

Est déterminante pour le calcul des primes la somme des salaires bruts soumis à l'AVS, réalisée dans l'entreprise assurée par les assurés. C'est tout au plus la couverture maximale convenue qui peut être prise en considération par personne et par année.

Les salaires bruts de personnes non soumises à l'AVS sont également déterminants pour le calcul des primes, dans la mesure où celles-ci appartiennent au cercle des personnes assurées.

Dans la mesure où une somme de salaire fixe a été convenue par avance pour des personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, celle-ci sert de base de calcul.

10.3 Paiement des primes

10.3.1 Facturation et échéance

En fonction de l'accord mentionné sur la police d'assurance, l'assureur établit une facture d'acompte trimestrielle, semestrielle ou annuelle à l'intention du preneur d'assurance.

Les primes sont dues par avance par le preneur d'assurance et payables au moment de l'échéance fixée dans la police d'assurance.

Le montant des acomptes facturés se détermine d'après la masse salariale définitive de la dernière année civile clôturée.

10.3.2 Décompte final

Après expiration de l'année civile, l'assureur fait parvenir au preneur d'assurance un formulaire de déclaration. Le preneur d'assurance doit, dans le délai d'un mois, renvoyer à l'assureur la déclaration de la masse salariale, accompagnée des documents nécessaires (déclaration AVS, listes des assurés, décomptes de salaire, etc.). Sur la base de ces indications, l'assureur calcule les montants définitifs des primes et établit un décompte final correspondant. Si les montants n'atteignent pas CHF 20, le preneur d'assurance

renonce à en demander le paiement ou le remboursement. Le montant est reporté sur le prochain décompte.

Lorsque le preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de déclarer la masse salariale ou si les chiffres relatifs à l'année précédente font défaut, l'assureur peut fixer le montant des primes sur la base d'une estimation.

10.3.3 Consultation de la comptabilité des salaires

L'assureur a le droit de consulter la comptabilité des salaires du preneur d'assurance.

10.3.4 Remboursement des primes

Lorsque la prime a été payée par avance pour une certaine durée de contrat et que le contrat d'assurance prend fin pour des raisons légales ou contractuelles avant l'expiration de la durée de contrat convenue, l'assureur rembourse la prime afférente à la durée de contrat non échue ou n'exige plus le paiement des primes arrivant ultérieurement à échéance.

La prime pour la période d'assurance en cours est entièrement due lorsque le preneur d'assurance résilie le contrat d'assurance en cas de sinistre et que le contrat d'assurance était en vigueur depuis moins d'une année au moment de la résiliation.

10.3.5 Demeure

Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de payer les primes même après le délai de grâce de 14 jours, l'assureur somme le débiteur par écrit de s'acquitter des primes arriérées dans les 14 jours. La sommation attire l'attention du preneur d'assurance sur les conséquences de l'inobservation de l'obligation de payer les primes.

Les frais de rappel et les frais administratifs occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge du preneur d'assurance.

Si, en dépit de la sommation, la prime arriérée n'est pas acquittée à l'échéance du délai de sommation, l'obligation est suspendue dès l'expiration du délai de sommation jusqu'au paiement intégral des primes en souffrance, y compris les intérêts et les frais d'administration.

Pour les cas d'assurance qui surviennent durant la suspension de l'obligation à prestations, il n'existe aucun droit aux prestations même en cas de paiement ultérieur de la prime arriérée.

Pour les cas de prestations déjà survenus (y compris les prestations supplémentaires), le droit aux prestations assurées demeure acquis jusqu'à la durée convenue initialement.

Si l'assureur ne poursuit pas le paiement de l'acompte de prime en souffrance ou le décompte final dans les deux mois suivant l'expiration du délai de sommation, le contrat d'assurance s'éteint.

10.4 Exonération de prime en cas de sinistre

Tant que des rapports de travail auprès de l'entreprise assurée existent ou que des prestations sont allouées dans le cadre de la prestation supplémentaire, l'obligation de payer les primes est supprimée à raison des prestations allouées par ce contrat.

Sont exceptés de cette réglementation les assurés qui sont mentionnés sur la police d'assurance avec une somme de salaire fixe.

La facturation de la prime annuelle minimale convenue sur la police d'assurance demeure réservée.

10.5 Garantie des primes

Aucune garantie des primes n'est accordée pour la durée de contrat convenue.

10.6 Adaptation des primes

L'assureur peut adapter les primes en fonction de l'évolution des coûts de la communauté de risque et de la charge des sinistres du contrat individuel. La prime peut être adaptée si ces deux éléments sont associés.

10.6.1 Selon l'évolution des coûts de la communauté de risque

A l'expiration du contrat, les primes peuvent être adaptées en fonction de l'évolution collective des coûts de la communauté de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) sur la base du code NOGA.

Une adaptation de la prime est également possible si la classification du contrat au moment de la prolongation du contrat est sensiblement inférieure (écart d'au moins 20%) au taux de la prime de risque défini pour la communauté de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) sur la base du code NOGA. Ceci est également possible pour les contrats dont la charge des sinistres est nulle ou faible. Dans ce cas, au maximum le taux de la prime de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) est prélevé.

10.6.2 Selon la charge des sinistres du contrat individuel

Les primes peuvent être adaptées à la fin du contrat si la somme des prestations versées pour les sinistres survenus pendant la période d'observation (y compris les provisions pour sinistres en cours) excède les primes de risque du contrat individuel.

La période d'observation est déterminante pour évaluer la charge individuelle des sinistres. Elle couvre la durée du contrat précédente, mais au maximum les 6 années précédant l'adaptation.

Lors de la détermination du nouveau montant des primes, la charge/fréquence des sinistres et la composition du cercle des personnes assurées (p. ex. structure par âge et sexe) sont également prises en compte.

10.6.3 Délai de préavis

Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant la fin d'une année civile. Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance dans les 30 jours suivant la communication avec effet à la date de l'entrée en vigueur. Faute de résiliation, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée. Par ailleurs, les accords contractuels et la durée du contrat d'assurance restent inchangés.

10.7 Participation aux excédents

Une participation aux excédents peut être convenue.

Si une participation aux excédents est convenue, le preneur d'assurance participe après trois années d'assurance entières (= période de décompte) à un excédent éventuel résultant de son contrat d'assurance.

L'excédent est déterminé en déduisant les prestations d'assurance allouées de la part de prime déterminante et afférente à la période de décompte. La part déterminante de la prime et le système de la participation aux excédents sont mentionnés sur la police d'assurance.

Le décompte est établi dès que les primes afférentes à la période de décompte sont payées et que les sinistres correspondants sont liquidés. Les pertes ne sont pas reportées sur la prochaine période de décompte.

Lorsque des cas de maladie et des suites d'accidents afférents à la période de décompte clôturée sont annoncés ou indemnisés après l'établissement du décompte, un nouveau décompte de la participation aux excédents est établi. L'assureur peut demander la restitution des parts d'excédents déjà versées.

Le droit de participer aux excédents s'éteint lorsque le contrat d'assurance est annulé avant la fin de la période de décompte.

10.8 Versement des prestations

10.8.1 Versement d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident

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 versée mensuellement à terme échu.

Les indemnités journalières sont versées au preneur d'assurance, pour transmission aux assurés, aussi longtemps que ceux-ci sont employés dans l'entreprise assurée.

10.8.2 Versement de l'indemnité d'accouchement

L'indemnité d'accouchement est versée au preneur d'assurance, pour transmission à l'assurée, après l'accouchement et sur la base du justificatif des prestations selon la LAPG.

10.8.3 Versement de l'indemnité de paternité

L'indemnité de paternité est versée au preneur d'assurance sur la base du justificatif du congé de paternité accompli.

10.8.4 Compensation

L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances envers le preneur d'assurance.

10.8.5 Cession et mise en gage

Les créances envers l'assureur ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'agrément de ce dernier.

10.8.6 Prescription

Le droit aux prestations du preneur d'assurance à l'égard de l'assureur se prescrit par deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation à prestations de l'assureur.

11. Coordination des prestations

11.1 Réduction, surindemnisation et remboursement

11.1.1 Principes de réduction, de surindemnisation et de remboursement
Si, à la suite d'un acte non autorisé, en vertu du contrat ou de la loi, un tiers répond d'un cas de maladie ou d'un accident qui a été déclaré, l'assureur complète les prestations subsidiairement jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée.

La réduction s'applique tant aux prestations calculées sur la base du salaire soumis à l'AVS qu'à celles versées en fonction d'une somme de salaires annuels fixe.

Les jours avec prestations réduites comptent comme jours entiers tant pour le calcul de la durée d'allocation des prestations que pour celui du délai d'attente. Cela vaut également lorsque la réduction mène à une absence de prestations de la part de l'assureur.

Pour les prétentions en matière de prestations à l'égard de tiers, il n'y a aucune obligation dans les limites desdites prétentions.

11.1.2 Réductions dans le domaine des assurances sociales

Si des assureurs sociaux sont tenus à prestations, les indemnités journalières assurées sont réduites du montant des prestations des assurances sociales (indemnités journalières, rentes, etc.).

L'assuré cède à l'assureur ses éventuels droits à des versements complémentaires vis-à-vis des assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, APG, PP, LAFam, LFA, etc.).

11.1.3 Réductions dans le domaine de l'assurance multiple

En cas de pluralité d'assureurs tenus à prestations, l'assureur participe au sinistre dans la mesure du rapport existant entre la somme assurée par cet assureur et le montant total de toutes les sommes assurées.

Le preneur d'assurance est tenu d'informer sans délai l'assureur de toute assurance d'indemnités journalières existante ou nouvellement conclue auprès d'autres assureurs.

11.1.4 Résiliation en cas d'assurance multiple

Si le preneur d'assurance n'avait pas connaissance de l'assurance multiple lors de la conclusion d'un contrat ultérieur, il peut résilier ce contrat par écrit dans les quatre semaines suivant la découverte de l'assurance multiple.

Si le preneur d'assurance a omis cette notification intentionnellement ou s'il a conclu l'assurance multiple dans l'intention de se procurer un profit illicite, l'assureur n'est pas lié envers lui par le contrat.

11.1.5 Surindemnisation

Si, malgré la possibilité de réduction, il y a surindemnisation, l'assureur peut exiger le remboursement des prestations versées en trop, réduire les prestations futures ou les compenser directement avec les prestations des assureurs sociaux. En particulier, l'assureur peut demander le remboursement des prestations directement à l'assurance-invalidité fédérale.

La limite de surindemnisation correspond au montant de l'indemnité journalière assurée.

11.1.6 Renoncement aux prestations

Lorsqu'un assuré renonce sans l'agrément de l'assureur en tout ou en partie à des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

11.2 Prestations provisoires et recours

L'assureur peut allouer des prestations provisoires vis-à-vis de tiers, pour autant que l'assuré se soit efforcé dans des limites raisonnables et sans succès de faire passer ses prétentions et qu'il cède à l'assureur ses droits contre les tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

11.3 Surindemnisation

11.3.1 Somme des salaires AVS

Le preneur d'assurance et l'assuré ne doivent dégager aucun bénéfice des prestations fournies par l'assureur, des tiers et des assurances sociales. En cas de surassurance, les prestations sont réduites en conséquence. Les prestations fournies en trop sont demandées en restitution.

Les jours avec des prestations réduites sont comptés comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.

11.3.2 Somme de salaire fixe

L'étendue des prestations correspond au montant de l'indemnité journalière convenue. Les prestations fournies par des assureurs sociaux (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, APG, PP, LAFam, LFA, etc.) sont prises en compte.

12. Protection des données

12.1 Principe

Le traitement des données concernant des assurés est régi par les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance et de celle sur la protection des données.

12.2 But du traitement

L'assureur ne traite que les données (p.ex. données personnelles, informations concernant l'état de santé, examen des indications fournies sur la proposition, encaissements, liquidation des sinistres) qui sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance selon la LCA. L'assureur traite les renseignements obtenus avec la plus grande confidentialité.

12.3 Transmission des données à des tiers pour traitement

L'assureur peut confier le traitement des données en tout ou en partie à un tiers (p.ex. centre informatique) en veillant à ce que ne soient effectués des traitements autres que ceux qu'il est lui-même en droit d'effectuer. Dans les autres cas, l'assureur ne renseigne qu'avec le consentement de l'assuré.

12.4 Conservation des données

L'assureur conserve soigneusement les données et les protège contre tout traitement non autorisé par des mesures organisationnelles et techniques appropriées.

13. Communications

Les communications de l'assureur sont faites valablement par écrit à l'assuré ou au preneur d'assurance.

Les modifications essentielles pour l'assurance, notamment les modifications de la composition du cercle des personnes assurées, de la Convention collective de travail (CCT) ou des dispositions relatives à la prévoyance professionnelle (LPP), doivent être communiquées par écrit à l'assureur dans les 30 jours.

Si les présentes CGA requièrent la forme écrite, une autre forme permettant d'en garder une trace écrite suffit.

14. For

En cas de litiges découlant du contrat d'assurance, la partie plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile en Suisse, soit celui de son lieu de travail en Suisse, soit celui du siège de l'assureur.

info@grapehealth.ch
www.grapehealth.ch

