

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

édition 01.09.2016

Informations pratiques et juridiques conformément à la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)

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, ainsi que l'exige l'art. 3 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

Qui est l'assureur?

Le partenaire contractuel est Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après «assureur») dont le siège est rue des Cèdres 5, Case postale, CH-1919 Martigny.

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 résultant d'une maladie par quoi il faut entendre toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité. Les complications liées à la grossesse sont assimilées à une maladie.

Selon les dispositions de la police, 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, médicalement et objectivement décelable.

Selon les dispositions de la police, la couverture d'assurance peut prévoir le versement d'une indemnité complémentaire en cas de maternité.

La couverture d'assurance concerne l'incapacité de travail, à savoir la 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.

En cas d'incapacité de travail de plus de six mois, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain, à savoir toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché de travail équilibré.

Le preneur d'assurance a le choix entre les deux couvertures suivantes:

Variante 1: L'assureur verse l'indemnité journalière convenue dans la police pendant au maximum 730 jours, en coordination LPP. Le délai d'attente éventuel est imputé sur la durée des prestations.

Variante 2: L'assureur verse l'indemnité journalière convenue dans la police pendant au maximum 730 jours compris dans une période de 900 jours consécutifs pour une ou plusieurs incapacités. Le délai d'attente éventuel est imputé sur la durée des prestations.

Tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont imputés à charge du contrat collectif.

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

La police d'assurance stipule le début et l'échéance du contrat, les risques assurés (maladie, accident, maternité), le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des prestations, le pourcentage du salaire assuré, la variante de couverture et le délai d'attente choisis ainsi que les conditions particulières éventuelles.

Quels sont les taux de primes?

Les taux de primes dépendent des risques assurés et de la couverture souhaitée. La prime est calculée sur la base des taux de primes et des salaires déclarés par l'employeur.

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.

Les personnes assurées peuvent notamment être:

- les salariés;
- le propriétaire d'une raison individuelle et les membres de sa famille si mentionnés nommément dans la police;
- les sociétaires si mentionnés dans la police.

Quelles sont les obligations du preneur d'assurance?

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

Il a notamment l'obligation d'informer les personnes assurées de la teneur principale du présent contrat, de ses modifications et de sa résiliation. Pour ce faire, il reçoit des documents de l'assureur.

Le preneur d'assurance doit également informer les personnes assurées sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance en cas de sortie du cercle des assurés ou lorsque le contrat prend fin.

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

- annoncer les incapacités de travail **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 des salaires lors de la facturation définitive et, sur demande, les décomptes AVS des personnes assurées;
- 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 (modification du genre de l'entreprise ou de la profession assurée).

Le détail des obligations du preneur d'assurance est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

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;
- collaborer avec l'assureur et les autres institutions d'assurance sociale;
- tout entreprendre pour réduire le dommage;
- informer l'assureur avant d'entreprendre un séjour à l'étranger, dans les cas prévus à l'art 16 al. 3 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?

La couverture d'assurance peut être réduite ou refusée dans les cas suivants (liste non exhaustive):

- si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas leurs obligations prévues dans les conditions d'assurance;
- si l'incapacité de travail n'est pas annoncée à l'assureur **dans les 15 jours suivant sa survenance**;
- si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité;
- si l'assuré refuse de collaborer avec l'assureur ou d'autres institutions d'assurance sociale;
- **lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance**;
- si l'assuré ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable, dans ce cas l'assureur peut aussi demander le remboursement de presta-

tions déjà avancées et facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée;

- lors d'un séjour à l'étranger dans les cas prévus à l'art. 16 des conditions générales d'assurance;
- en cas de non-paiement des primes par le preneur d'assurance;
- en cas de réserve;
- pour les conséquences d'une intervention esthétique volontaire non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins;
- pour les conséquences d'événements de guerre dans les cas prévus à l'art. 18 ch. 1, let. d des conditions générales d'assurance.

Le détail des limitations de couverture est stipulé dans les conditions générales d'assurance.

Quand commence le contrat?

Le contrat est conclu dès que l'assureur a communiqué l'acceptation de la proposition.

Quand prend fin le contrat d'assurance?

Le preneur d'assurance peut mettre fin au contrat par résiliation dans les situations suivantes:

- à l'échéance du contrat indiquée dans la police moyennant un préavis écrit de 3 mois;
La résiliation est considérée comme intervenue à temps si elle parvient à l'assureur au plus tard le 30 septembre. Si le contrat n'est pas résilié, il est renouvelé tacitement d'année en année.
- après chaque sinistre pour lequel une prestation est versée, mais au plus tard dans les 14 jours après avoir eu connaissance du paiement par l'assureur;
- lorsque l'assureur adapte les primes;
Dans ce cas, la résiliation doit parvenir à l'assureur avant la fin de l'année civile.
- si l'assureur n'a pas rempli son devoir d'information légale selon l'art. 3 LCA;
Le droit de résiliation s'éteint 4 semaines après que l'assuré a eu connaissance de cette violation mais au plus tard un an après la contravention.

L'assurance prend également fin:

- à la cessation de l'activité ou à l'ouverture de la faillite de l'entreprise assurée;
- suite au non paiement des primes;
- au moment du transfert du siège ou du domicile du preneur d'assurance à l'étranger.

L'assureur peut mettre fin au contrat par résiliation dans les situations suivantes:

- à l'échéance du contrat indiquée dans la police, moyennant un préavis écrit de 3 mois;
Si le contrat n'est pas résilié, il est renouvelé tacitement d'année en année.
- si un fait important a été omis ou inexactement déclaré par le preneur d'assurance;
- suite au non paiement des primes;
- en cas de fraude ou de tentative de fraude du preneur 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 ainsi que de la LCA.

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 de la police.

Quand prend fin la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:

- à la fin du contrat de travail;
- en cas de non paiement des primes selon l'art. 21 des présentes conditions générales d'assurance;
- à la fin du contrat d'assurance ou dès sa suspension;
- au plus tard 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.

Quand prend fin le droit aux prestations?

Le droit aux prestations cesse pour chaque assuré:

- à la suspension de la couverture d'assurance suite au non paiement des primes;
- à l'épuisement du droit maximal aux prestations;
- à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
- à la fin des rapports de travail de 3 mois ou moins;
- à la résiliation de la police, sous réserve du cas en cours non repris par un autre assureur.

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

L'assureur traite les données personnelles du preneur d'assurance et des personnes assurées, notamment les données relatives au contrat, à l'encaissement et aux sinistres, avec toute la confidentialité nécessaire. Leur transmission à des tiers n'est autorisée que selon les exceptions prévues par la loi.

Les données de personnes séjournant à l'étranger peuvent aussi être transmises à des partenaires sis à l'étranger. Le but du traitement de ces données consiste en particulier à l'évaluation du risque, la gestion de la police, le calcul de la prime et le traitement des sinistres. Le preneur d'assurance et les assurés autorisent l'assureur et ses mandataires à traiter les données nécessaires en relation avec ses contrats d'assurance auprès des assureurs et sociétés affiliés au Groupe Mutuel ou administrés par lui. Ces données sont conservées sous forme physique et/ou électronique.

Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA

PC

PCAM03-F4 – édition 01.09.2016

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 Police 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 Résiliation sur sinistre
- Art. 10 Prétention frauduleuse

D. Couverture d'assurance

- Art. 11 Début et fin de la couverture d'assurance et du droit aux prestations
- Art. 12 Passage à l'assurance individuelle

E. Indemnité journalière

- Art. 13 Prestations assurées
- Art. 14 Congé non payé
- Art. 15 Indemnité en cas de décès
- Art. 16 Prestations à l'étranger

- Art. 17 Incapacité causée par faute
- Art. 18 Limitation du droit aux prestations

F. Indemnité complémentaire en cas de maternité

- Art. 19 Prestations assurées

G. Perte de gain additionnelle

- Art. 20 Etendue de la couverture

H. Primes

- Art. 21 Paiement des primes
- Art. 22 Adaptation du taux de prime
- Art. 23 Décompte de prime
- Art. 24 Participation aux excédents

I. Dispositions diverses

- Art. 25 Obligations du preneur d'assurance
- Art. 26 Obligations de l'assuré
- Art. 27 Prestations de tiers
- Art. 28 Surindemnisation
- Art. 29 Cession et mise en gage des prestations
- Art. 30 Clause courtier
- Art. 31 Communications
- Art. 32 Lieu d'exécution
- Art. 33 For

A. Généralités

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assureur porteur de risques est mentionné dans la police. Il accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, ou du congé à la suite d'un accouchement, selon les définitions des présentes conditions d'assurances, pour autant que ces risques soient inclus dans la police.

Art. 2 Bases juridiques du contrat

Les bases juridiques du contrat sont constituées par:

1. Les présentes conditions générales d'assurance, les éventuelles conditions complémentaires ou particulières ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants.

2. Les déclarations écrites dans la proposition, les autres déclarations écrites du preneur d'assurance et des assurés ainsi que les questionnaires médicaux respectifs.
3. La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).
4. La loi sur la protection des données (LPD) à laquelle se conforme l'assureur pour tout traitement des données.

Art. 3 Définitions

1. 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
LAMal: Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAA: Loi fédérale sur l'assurance-accidents

LAM: Loi fédérale sur l'assurance militaire

LAPG: Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité

LAFam: Loi fédérale sur les allocations familiales

LACI: Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité

CO: Code des obligations

2. Atteinte à la santé

L'atteinte à la santé englobe la maladie et/ou l'accident.

3. Maladie

Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité. Les complications liées à la grossesse sont assimilées à une maladie.

4. 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, médicalement et objectivement décelable. Sont également assimilées à un accident, les suites d'accidents, les rechutes d'accidents, les lésions corporelles assimilées à un accident ainsi que les maladies professionnelles au sens de la LAA.

5. Congé maternité

Le congé maternité est une période ininterrompue qui débute à la date de l'accouchement et se termine à la fin de la durée la plus étendue prévue entre la LAPG et la loi cantonale applicable.

6. Incapacité

Sauf indication contraire, le terme incapacité concerne autant l'incapacité de travail que l'incapacité de gain.

7. 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 de plus de six mois, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain.

8. Incapacité de gain

- a. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré.
- b. Seules les limitations médicales dues à l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.
- c. L'incapacité de gain se détermine par la différence entre le revenu obtenu avant l'incapacité de travail dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu moyen qui pourrait médicalement être réalisé dans une autre activité en tenant compte du niveau de compétences de l'assuré, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) en vigueur.

9. Cas d'assurance

Par cas d'assurance, on entend la survenance d'une incapacité donnant droit à des prestations ayant pour cause une ou plusieurs atteintes à la santé.

10. Rechute / nouveau cas d'assurance

Une incapacité rattachée médicalement à un cas d'assurance antérieur est considérée comme une rechute. La rechute ne sera considérée comme nouveau cas d'assurance que si elle intervient après un délai de 365 jours depuis la fin du droit aux prestations du cas d'assurance antérieur.

11. Travailleur détaché

L'assuré qui travaille à l'étranger pour un employeur suisse et celui qui séjourne à l'étranger dans un but de formation tout en étant rémunéré par son employeur suisse.

B. Etendue de l'assurance

Art. 4 Police d'assurance

La police 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 la police.
2. Les personnes assurées peuvent notamment être:
 - les salariés;
 - le propriétaire d'une raison individuelle et les membres de sa famille si mentionnés nommément dans la police;
 - les sociétaires si mentionnés dans la police.
3. Sauf accord explicite mentionné dans la police, la personne qui est totalement ou partiellement incapable de travailler au moment de l'entrée en vigueur de la police, respectivement au début du rapport de travail, n'est pas assurée. Elle l'est dès qu'elle a retrouvé, durant au moins 30 jours, sa pleine capacité de travail. La convention de libre passage reste réservée.
4. La personne qui perçoit une rente d'invalidité est assurée pour le gain qu'elle retire de sa capacité de travail résiduelle qu'elle exploite concrètement et durablement. Les dispositions sur la couverture additionnelle sont réservées pour les cas épuisés.

Art. 6 Couvertures d'assurances

1. Tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont à charge du contrat collectif.
2. Le preneur d'assurance peut choisir entre deux couvertures:
 - a. Variante 1
Les prestations sont allouées par cas d'assurance, au maximum pour une durée de 730 jours en coordination LPP.
 - b. Variante 2
La durée du droit aux prestations est de 730 jours civils dans une période de 900 jours consécutifs pour une ou plusieurs incapacités.

Art. 7 Affiliation avec examen du risque

Un examen de santé peut être exigé si la proposition ou la police le prévoit.

C. Début et fin du contrat

Art. 8 Début et fin du contrat

1. Entrée en vigueur
L'entrée en vigueur du contrat est indiquée dans la police, de même que son échéance, fixée au 31 décembre d'une année civile.
2. Renouvellement tacite du contrat
A l'échéance de la police et sauf avis de résiliation réceptionné au plus tard le 30 septembre de l'année civile, 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. 21, ch. 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 augmentation des primes au sens de l'art. 22 des présentes conditions générales;
 - f. si l'assureur n'a pas rempli son devoir d'information selon l'art. 3 LCA.

Art. 9 Résiliation sur sinistre

1. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 14 jours après qu'il ait eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets dès réception de l'avis de résiliation par l'assureur.
2. L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la LCA de se départir du contrat sur sinistre, excepté en cas d'abus, de fausse déclaration, de dol, de réticence ou de leurs tentatives.

Art. 10 Prétention frauduleuse

La police peut être annulée ou résiliée lorsque le preneur d'assurance a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.

D. Couverture d'assurance

Art. 11 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 de la police.
2. Fin de la couverture d'assurance
La couverture d'assurance cesse pour chaque assuré:
 - a. à la fin du contrat de travail;
 - b. en cas de non paiement des primes selon l'art. 21 des présentes conditions générales d'assurance;
 - c. à la fin du contrat d'assurance ou dès sa suspension;
 - d. au plus tard à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
 - e. à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.
3. Fin du droit aux prestations
Le droit aux prestations cesse pour chaque assuré:
 - a. à la suspension de la couverture d'assurance suite au non paiement des primes;
 - b. à l'épuisement du droit maximal aux prestations;
 - c. à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans;
 - d. à la fin des rapports de travail de 3 mois ou moins;
 - e. à la résiliation de la police, sous réserve du cas en cours non repris par un autre assureur.

Art. 12 Passage à l'assurance individuelle

1. L'assuré domicilié en Suisse qui cesse d'appartenir au cercle des assurés, bénéficie du droit de poursuivre sa couverture dans l'assurance individuelle sans nouvelle réserve. Il doit faire valoir son droit dans les 90 jours suivant le jour où il quitte le cercle des assurés. Il a les mêmes droits et obligations en cas de résiliation de la police, sous réserve de l'art. 12, al. 6 des présentes conditions.
2. Le frontalier qui cesse d'appartenir au cercle des assurés, bénéficie du droit de poursuivre sa couverture dans l'assurance individuelle sans nouvelle réserve, s'il poursuit une activité salariée en Suisse. Il doit faire valoir son droit dans les 90 jours suivant le jour où il quitte le cercle des assurés. Il a les mêmes droits et obligations en cas de résiliation de la police, pour l'incapacité en cours, sous réserve de l'art. 12, al. 6 des présentes conditions.
3. Au moment du passage, l'assureur garantit une couverture à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par la police collective. L'indemnité journalière est réduite proportionnellement si le nouveau revenu effectif ou l'indemnité de chômage sont inférieurs.
4. Les tarifs et conditions générales d'assurance individuelle en vigueur sont applicables.
5. L'âge au moment de l'entrée dans l'assurance collective est déterminant pour le calcul de la prime.
6. Le droit au passage en qualité d'assuré individuel n'existe pas:

- a. en cas de résiliation de la police d'assurance collective et de la reprise de celle-ci par un autre assureur pour le même cercle de personnes ou des parties de celui-ci;
- b. pour l'indépendant, l'employeur et les membres de leur famille non assujettis à l'AVS;
- c. pour les personnes au bénéfice d'un contrat de travail de 3 mois ou moins, ainsi que pour le personnel auxiliaire occupé occasionnellement;
- d. si l'assuré quitte son emploi et passe dans l'assurance indemnité journalière d'un nouvel employeur;
- e. pour les assurés qui ont atteint l'âge AVS ou pris leur retraite.

E. Indemnité journalière

Art. 13 Prestations assurées

1. Incapacité partielle

- a. 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.
- b. Les jours d'incapacité partielle indemnisés sont comptés comme jours entiers.

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. Une attestation du médecin, basée sur des consultations régulières au cabinet, doit être remise à l'assureur au moins une fois par mois.

4. Droit aux prestations durant le congé maternité

L'obligation de prestations est suspendue pendant le congé maternité, sous réserve d'une indemnité journalière complémentaire aux allocations pour perte de gain en cas de maternité.

5. Assurance de dommage/somme

Sauf disposition explicite contraire, les indemnités journalières relèvent de l'assurance de dommage.

6. Droit aux prestations après l'âge AVS

Au-delà de l'âge AVS, la personne qui fait toujours partie du cercle des assurés, a droit à 180 indemnités journalières pour une ou plusieurs incapacités. Toutefois, si une incapacité a débuté avant l'âge AVS et pour autant que le maintien du contrat de travail ait été décidé avant

l'incapacité, le droit maximum après l'âge AVS est limité au solde des prestations prévues dans la police si celui-ci est inférieur à 180 jours.

7. 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.

8. Calcul de l'indemnité journalière

- a. L'indemnité journalière assurée est calculée sur la base de la déclaration de l'employeur faite par le biais des formulaires mis à sa disposition par l'assureur. Les allocations familiales sont prises en compte dès l'instant où elles ne sont plus perçues par un ayant droit.
- b. 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 13ème 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.

9. Fluctuations salariales

Si le revenu est soumis à de fortes fluctuations (par ex. rémunération à la commission, travail d'auxiliaire irrégulier ou employé temporaire), l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu pendant les 12 mois précédant l'incapacité.

10. Augmentation de salaire

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.

11. 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).
- b. Si le délai d'attente par incapacité est prévu dans la police, 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 la police, 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. 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.
- e. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations.

Art. 14 Congé non payé

1. Avant le départ de l'assuré, l'employeur doit communiquer à l'assureur, par écrit, la période du congé non payé fixée contractuellement, si celle-ci dépasse 1 mois. La durée maximale de couverture est de 12 mois. A défaut, la couverture est suspendue.
2. 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.

Art. 15 Indemnité en cas de décès

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 du droit aux prestations et des dispositions de l'article 338 CO.

Art. 16 Prestations à l'étranger

1. Sous réserve de l'al. 3, lors d'un séjour à l'étranger, respectivement hors des environs du domicile pour le frontalier (rayon de 100 km), les prestations ne sont pas octroyées. Celles-ci sont allouées dès le retour dûment attesté de l'assuré en Suisse, respectivement dans les environs du domicile du frontalier. Toutefois, les prestations sont allouées durant la période où il se trouve hospitalisé pour autant qu'un rapatriement ne soit pas possible.
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.
3. Pendant son incapacité, l'assuré qui désire se rendre à l'étranger, respectivement le frontalier qui désire s'absenter des environs de son domicile (rayon de 100 km), doit en informer préalablement l'assureur. Ce dernier se réserve alors le droit de poursuivre l'octroi des indemnités journalières pendant un séjour limité, après analyse des circonstances. En l'absence de l'accord de l'assureur, les prestations sont refusées durant le séjour.

Art. 17 Incapacité causée par faute

L'assureur renonce à user du droit que lui confère la loi de réduire ses prestations pour les maladies causées volontairement ou par faute grave de la personne assurée.

Art. 18 Limitation du droit aux prestations

1. Les prestations sont refusées:
 - a. en cas de réserve ou de réticence;

- b. en cas d'incapacité résultant d'une intervention esthétique volontaire non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins;
 - c. en cas d'incapacités dues à des tremblements de terre;
 - d. en cas d'incapacités dues à des événements de guerre:
 - en Suisse;
 - à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que l'incapacité survienne dans les 3 mois après le début de ces événements.
 - e. **lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance;**
 - f. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par les rayonnements nucléaires, à l'exception des atteintes à la santé consécutives à un traitement médical;
 - g. 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 25 et 26 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. Indemnité complémentaire en cas de maternité

Art. 19 Prestations assurées

Cette couverture est accordée si elle est souscrite dans la police.

1. L'indemnité complémentaire en cas de maternité est subordonnée au droit aux prestations maternité fédérales selon la LAPG ou cantonales.
2. Les couvertures ainsi que la durée de l'indemnité complémentaire en cas de maternité sont définies dans la police.
3. Les prestations maternité fédérales selon la LAPG et/ou cantonales sont déduites du montant à verser par l'assureur.

G. Perte de gain additionnelle

Art. 20 Etendue de la couverture

1. Si elle est souscrite dans la police, 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 pour un cas d'assurance. L'assuré bénéficie alors, pour ce même cas d'assurance, d'une nouvelle couverture de 180 jours durant une période de 5 ans depuis l'épuisement.
2. Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité de travail, mais n'est pas imputé sur la durée des 180 jours.
3. L'assuré ne peut avoir droit plus d'une fois aux prestations de la couverture additionnelle.
4. Si à l'échéance de la période des 5 ans depuis le début de la couverture additionnelle, l'assuré n'a pas épuisé les prestations de ladite couverture, il bénéficie à nouveau du droit à la couverture principale prévue dans la police dans le sens de l'art. 6 des présentes conditions générales d'assurance.

H. Primes

Art. 21 Paiement des primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. Sauf accord explicite mentionné dans la police, le taux de prime est fixé par année civile.
3. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans la police.
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, les obligations de l'assureur sont suspendues à l'expiration de ce délai.
 - Les sinistres survenus durant la période de suspension ne sont pas couverts.
 - Pour les sinistres en cours, le versement reprend à la date où les arriérés de prime ont été acquittés.
7. Si l'assureur ne poursuit pas le paiement de la prime arriérée en question et des frais dans les deux mois suivant l'expiration du délai de 14 jours, le contrat est réputé résilié.
8. Durant les périodes de suspension, les jours d'incapacité sont imputés sur la durée du droit aux prestations.

Art. 22 Adaptation du taux de prime

1. Sauf accord explicite mentionné dans la police, 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 déterminante de la composition du cercle des personnes assurées, pour autant que la masse salariale varie de plus ou moins 10%.
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 par recommandé avant la fin de l'année civile.

Art. 23 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 25 des présentes conditions d'assurance.

Art. 24 Participation aux excédents

1. Le preneur d'assurance reçoit la part convenue de l'éventuel excédent selon les dispositions prévues dans la police.
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 la police 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 imputés à charge du contrat collectif.
6. Les primes et prestations relatives à l'indemnité complémentaire en cas de maternité ne sont pas prises en compte dans le calcul de la participation aux excédents.

I. Dispositions diverses

Art. 25 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance est tenu d'informer 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. En vertu du devoir d'information (art. 3 LCA), il est également tenu d'informer les personnes assurées sur les éléments essentiels du contrat.

3. 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.
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 21 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 ses obligations.
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 (modification du genre de l'entreprise ou de la profession assurée).

Art. 26 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'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, gestionnaire, médecins, etc.). Il doit notamment suivre leurs prescriptions, fournir les documents demandés et répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées par l'assureur.
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 accident, assurance militaire, etc.).
7. L'assuré participe, dans les limites de ce qui peut raisonnablement être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle susceptibles d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
8. 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.
9. **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. 27 Prestations de tiers

1. L'assureur intervient subsidiairement à tout autre assureur social ou privé couvrant la perte de salaire/gain de l'assuré, et ceci dans les limites de la couverture prévue dans la police.
2. Si un tiers réduit ses prestations pour cause de sanction, l'assureur ne compense pas la diminution qui en résulte.
3. Lorsque plusieurs assureurs privés couvrent subsidiairement la perte de salaire/gain, le total des prestations qu'ils allouent ne peut dépasser la perte subie. Dans cette éventualité, l'assureur indemnise la perte de salaire/gain en proportion de l'indemnité journalière qu'il assure par rapport au total des indemnités journalières assurées.
4. Dès la survenance du risque assuré, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations contractuelles, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable.
5. 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.
6. L'assureur avance les prestations aussi longtemps que l'assurance invalidité (LAI), une assurance accident (LAA), l'assurance militaire (LAM), une institution de prévoyance professionnelle (LPP) voire un assureur étranger ou privé 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 ou d'un éventuel autre tiers le remboursement des avances concédées. Le montant restitué reste acquis à l'assureur.
7. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours où les prestations sont réduites en raison de prestations de tiers comptent comme jours pleins.
8. 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 de l'assurance collective.

Art. 28 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, à savoir la part de l'indemnité journalière versée supérieure à la perte de salaire/gain effective ou au plus aux prestations prévues dans la police, doit être remboursée à l'assureur.

Art. 29 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. 30 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. 31 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées à l'administration générale 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. 32 Lieu d'exécution

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

Art. 33 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.