

Conditions générales d'assurance (CGA) Couverture collective d'une indemnité journalière maladie selon la LCA

PC-M

PCMAM02-F11 – édition 01.01.2011

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** Risques assurés
- Art. 5** Personnes assurées
- Art. 6** Couvertures d'assurances
- Art. 7** Affiliation avec examen du risque
- Art. 8** Début et fin du contrat
- Art. 9** Renonciation à la résiliation sur sinistre
- Art. 10** Début et fin de la couverture d'assurance
- Art. 11** Passage à l'assurance individuelle

C. Prestations assurées

- Art. 12** Prestations
- Art. 13** Prestations à l'étranger
- Art. 14** Limitation du droit aux prestations

D. Indemnité complémentaire à la LAPG en cas de maternité

- Art. 15** Couverture d'assurance
- Art. 16** Prestations assurées

E. Perte de gain additionnelle

- Art. 17** Etendue de la couverture
- Art. 18** Couverture d'assurance
- Art. 19** Passage à l'assurance individuelle
- Art. 20** Prime
- Art. 21** Dispositions complémentaires

F. Primes

- Art. 22** Paiement des primes
- Art. 23** Adaptation du taux de prime
- Art. 24** Décompte de prime
- Art. 25** Participation aux excédents

G. Dispositions diverses

- Art. 26** Obligations du preneur d'assurance
- Art. 27** Obligations de l'assuré
- Art. 28** Prestations de tiers
- Art. 29** Surindemnisation / surassurance
- Art. 30** Compensation
- Art. 31** Cession et mise en gage des prestations
- Art. 32** Communications
- Art. 33** Lieu d'exécution et for

A. Généralités

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assureur mentionné dans la police accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie / de l'accident ou à la suite d'un accouchement en complément aux prestations de maternité de la loi sur les allocations perte de gain (LAPG), pour autant que ces couvertures soient incluses 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 assu-

rés ainsi que les questionnaires médicaux respectifs.

3. La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908.
4. La loi sur la protection des données (LPD) à laquelle se conforme l'assureur pour tout traitement des données.

Art. 3 Définitions

1. Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale, 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 de travail. Les complications liées à la grossesse sont assimilées à une maladie.
2. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale 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.

3. Par congé maternité, on entend la période ininterrompue de 14 semaines depuis le jour de l'accouchement.
4. Atteinte à la santé:
L'atteinte à la santé englobe les cas de maladie ou d'accident.
5. 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 ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.
6. Cas:
Par cas, on entend la survenance d'une incapacité de travail donnant droit à des prestations ayant pour cause une ou plusieurs atteintes à la santé.
7. Rechute / nouveau cas:
Une incapacité de travail rattachée médicalement à un cas 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.
8. Zone frontière:
Est appelée zone frontière, la zone qui s'étend cinquante kilomètres au-delà de la frontière suisse.

B. Etendue de l'assurance

Art. 4 Risques assurés

1. L'assureur garantit par défaut le risque maladie, sauf disposition contractuelle contraire.
2. Le risque accident n'est couvert que dans la mesure où il est expressément prévu dans la police. L'étendue des prestations en cas d'accident est la même que pour la maladie.
3. Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident au sens de la LAA ainsi que leurs suites sont uniquement prises en charge par la couverture accident.
4. L'indemnité journalière complémentaire aux allocations pour perte de gain en cas de maternité selon la LAPG n'est prévue que dans la mesure où elle est expressément stipulée dans la police et rattachée à une assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie.
5. L'assureur alloue les indemnités journalières jusqu'à concurrence de la couverture prévue dans la police, basée sur un salaire annuel maximal de Fr. 250'000.– par personne. Les indemnités journalières ainsi versées relèvent de l'assurance de dommage à l'exception de celles prévues à l'article 5 al. 2 conçues sous la forme d'une assurance de sommes.

Art. 5 Personnes assurées

1. Le cercle des personnes assurées est mentionné dans la police.
2. Sur requête, l'employeur ou les personnes gérantes de l'entreprise peuvent être assurées pour un montant de salaire fixe dans la mesure où la police d'assurance les mentionne nommément. Ce salaire conventionné est alors couvert sous la forme d'une assurance de sommes.
3. Les personnes qui ont épuisé leur droit aux prestations d'une assurance indemnité journalière, sauf conditions de la perte de gain additionnelle (art. 17 à 21 CGA), et le personnel prêté au preneur d'assurance par des entreprises tierces ne peuvent adhérer à un contrat d'indemnité journalière.
4. Les personnes qui sont totalement ou partiellement incapables de travailler par suite d'une atteinte à la santé, au moment de l'entrée en vigueur de la police, subsidiairement au début des rapports de travail, ne sont pas assurées. Elles le seront dès qu'elles ont retrouvé, durant un mois au moins, leur pleine capacité de travail. Les conventions de libre passage restent réservées.

Art. 6 Couvertures d'assurances

La durée du droit aux prestations est fixée dans la police.

a. Couverture en coordination LPP:

1. Les prestations sont allouées par cas jusqu'au moment où s'ouvre le droit à une rente LPP, respectivement jusqu'à épuisement du droit aux prestations prévu dans le contrat. Sauf indication contractuelle, la durée du droit aux prestations par cas est au maximum de 730 jours. La première limite atteinte est déterminante.
2. Lorsqu'en cours d'incapacité de travail une atteinte à la santé en relation avec un cas antérieur survient, les jours indemnités ayant un lien avec cette atteinte à la santé sont exclusivement imputés au cas antérieur. Les atteintes à la santé en relation avec un cas concerné par l'épuisement ne sont plus couvertes et ne donnent plus droit à des prestations.

b. Couverture élargie:

Sauf disposition contraire, la durée du droit aux prestations est de 730 jours civils dans une période de 900 jours consécutifs pour une ou plusieurs incapacités de travail.

Art. 7 Affiliation avec examen du risque

Un examen de santé est exigé si la proposition / le contrat le prévoit ou si le salaire excède le montant annuel maximum.

Art. 8 Début et fin du contrat

1. 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. A l'échéance du contrat et sauf avis de résiliation posté par recommandé au plus tard le 30 septembre de l'année civile, le contrat est reconduit tacitement d'année en année.
3. En cas de cessation d'activité, la résiliation sera acceptée pour la fin du mois correspondant. L'assureur doit être informé du fait dans les 30 jours qui suivent la fermeture de l'entreprise ou de la mise en faillite de celle-ci.
4. 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.
5. Le contrat peut être résilié lorsque le preneur d'assurance a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.
6. En qualité de membre individuel, la couverture d'assurance peut être résiliée pour la fin d'un mois moyennant un préavis d'un mois.

Art. 9 Renonciation à la résiliation sur sinistre

L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi 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 Début et fin de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance débute pour chaque assuré le jour de son entrée au service de l'entreprise, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur de la police.
2. Congé non payé
 - a. La couverture est maintenue durant la période du congé non payé fixée au plus pour un laps de temps de 12 mois. Le droit aux prestations reprend au plus tôt le jour de la reprise du travail prévue.
 - b. L'employeur doit communiquer à l'assureur la période du congé non payé de ses employés dans les 30 jours qui précèdent ledit congé.
 - c. Si la couverture est maintenue, le droit aux prestations reprend au plus tôt le jour de la reprise du travail prévue. En cas d'incapacité de travail en cours à cette date, le délai d'attente s'applique dès le début du droit aux prestations. L'indemnité journalière est alors calculée sur la base du salaire AVS en vigueur à la fin de l'activité précédant le début du congé non payé. Pendant la durée du congé non payé, l'assuré bénéficie de la libération des primes.

3. La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré:
 - a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés,
 - b. à la résiliation ou à la suspension du contrat,
 - c. à l'expiration d'un contrat de travail de durée déterminée,
 - d. dès le moment où s'ouvre le droit à une rente LPP dans le cadre de la couverture en coordination LPP,
 - e. à l'épuisement du droit aux prestations dans le cadre de la couverture élargie,
 - f. à la fin du mois durant lequel l'assuré prend sa retraite. Si l'assuré poursuit son activité au-delà de l'âge l'AVS et souhaite maintenir sa couverture d'assurance, le preneur d'assurance doit faire une demande préalable auprès de l'assureur. La couverture sera accordée, conformément aux articles 12 al. 20 et 14 al. 3, au maximum jusqu'à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de 70 ans.

A l'épuisement des 180 indemnités journalières ou à la résiliation du contrat collectif, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent,
 - g. en cas de transfert du domicile à l'étranger, sous réserve de l'article 13 du présent règlement,
 - h. à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations,
 - i. en cas de cessation d'activité définitive,
 - j. en cas de non paiement des primes selon l'article 22 du présent règlement,
 - k. lorsque le délai cadre ou le droit aux prestations du chômage est échu. La première limite atteinte est déterminante.

Art. 11 Passage à l'assurance individuelle

1. S'il cesse d'appartenir au cercle des assurés, bénéficie du droit de poursuivre sa couverture d'assurance en qualité de membre individuel:
 - l'assuré, qui en vertu de la loi sur le chômage (LACI) est réputé chômeur,
 - l'assuré en incapacité de travail ou qui justifie d'un revenu en Suisse à la sortie du contrat collectif sous réserve de l'al. 6.
2. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les 90 jours dès la sortie du contrat collectif, conformément à l'article 26 al. 1, faute de quoi son droit s'éteint.
3. Les réserves déjà existantes dans l'assurance collective sont maintenues pour les assurés en qualité de membre individuel.
4. En souscrivant une couverture perte de gain individuelle conformément à l'article 11 des présentes conditions, la personne au bénéfice du libre passage a droit aux mêmes prestations que celles garanties dans le cadre de l'assurance collective. La libération des primes ne fait pas partie desdites prestations.

5. Les indemnités journalières versées dans le cadre de l'assurance collective sont imputées sur celles de la couverture dont bénéficie l'assuré en qualité de membre individuel.
6. Le droit au passage en qualité de membre individuel n'existe pas (l'art. 100 LCA relatif aux droits des chômeurs reste réservé):
 - a. lorsque le contrat d'assurance collective est résilié par le preneur d'assurance,
 - 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 durée déterminée, les personnes travaillant illégalement,
 - d. lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi,
 - e. si l'assuré quitte son emploi et passe dans l'assurance indemnité journalière d'un nouvel employeur,
 - f. pour les assurés qui ont atteint l'âge AVS ou pris leur retraite,
 - g. lorsque le contrat collectif a été résilié en vertu de l'article 10 al. 3 lettre j du présent règlement.

C. Prestations assurées

Art. 12 Prestations

Conditions:

1. L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%.
2. L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire en vigueur au moment du sinistre conformément à la déclaration de l'employeur faite par le biais des formulaires mis à sa disposition par l'assureur.
3. L'incapacité de travail des personnes partiellement invalides ou handicapées se calcule d'après le degré d'incapacité à continuer l'exercice de leur activité actuelle.
4. En cas d'incapacité de travail totale ou partielle d'un assuré, l'employeur doit en informer l'assureur dans un délai de 7 jours à compter du début de l'interruption de travail et ce par l'intermédiaire d'un certificat médical émanant d'un médecin reconnu. Toutefois, pour les délais d'attente de 30 jours et plus, l'obligation d'informer l'assureur peut se faire dans les 15 jours à compter du début de l'interruption de travail. Si le certificat médical d'annonce du sinistre (certificat initial) parvient à l'assureur après ce délai, le jour où il est donné est réputé premier jour d'incapacité de travail et le délai d'attente choisi court à partir de cette date.
Le droit à l'indemnité journalière assurée existe au plus tôt après ce délai.
5. Si la première consultation a lieu plus de 3 jours après le début de l'incapacité de travail, l'assureur se réserve le droit de considérer le jour de ladite consultation comme étant le premier jour d'incapacité.
6. Si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité de travail, l'assureur se réserve le

droit de considérer le jour de l'établissement dudit certificat comme étant le premier jour d'incapacité.

7. L'obligation de prestations est suspendue pendant le congé maternité.
8. En cas de décès du travailleur résultant d'une incapacité de travail donnant droit à des prestations, l'assureur verse à l'employeur l'indemnité journalière dans les limites du droit aux prestations et des dispositions de l'article 338 CO.

Calcul de l'indemnité journalière:

9. Si l'indemnité est exprimée en francs fixes, l'assureur verse l'indemnité contractée, sous réserve de la surindemnisation ou de la surassurance.
10. Si l'indemnité est exprimée en % du salaire, elle est calculée pour les salaires horaires et les salaires mensuels, mais au maximum prévu par la convention collective, comme suit:

Salaire horaire:

- Salaire horaire de base brut (éventuellement avec 13^e salaire)
multiplié par:
nombre d'heures hebdomadaires ou annuelles moyen
multiplié par:
52 semaines (si nombre d'heures hebdomadaires)
divisé par:
365 jours (y compris année bissextile)
multiplié par:
pourcentage de couverture fixé.

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

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

Versement:

12. L'indemnité journalière due est versée pour chaque jour d'incapacité de travail (dimanche et jours fériés y compris).
13. En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail.
14. L'indemnisation de l'incapacité de travail ne pourra avoir lieu qu'à réception d'un certificat intermédiaire ou final (reprise du travail). Le certificat intermédiaire doit être remis à l'assureur une fois par mois. Lors de la réception d'un certificat médical intermédiaire, l'assureur indemniserà l'assuré jusqu'à la date de l'établissement du certificat

attesté par le praticien ou au plus jusqu'à la fin du mois en cours.

Délais d'attente:

15. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente choisi. Les jours d'incapacité de travail partielle comptent comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente.
16. Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité de travail, sauf s'il s'agit d'un cas de rechute, sous réserve de l'application du délai d'attente restant.
17. Le délai d'attente est applicable également lors d'un changement du risque (maladie, accident) au cours d'une incapacité de travail.
18. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations.

Durée des prestations:

19. Dans les cas où l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exploite sa capacité de travail dans une profession activité adaptée, l'assureur accepte de poursuivre l'indemnisation pendant une période transitoire comprise entre 3 et 5 mois, et ceci, pour autant que l'assuré entreprenne les démarches adéquates telles que recherches d'emplois, inscription à l'assurance chômage, dépôt d'une demande AI, etc.
20. Au-delà de l'âge AVS et au maximum jusqu'à l'âge de 70 ans, la personne qui fait toujours partie du cercle des employés de l'entreprise, a droit à 180 indemnités journalières pour une ou plusieurs incapacités de travail. Toutefois, si un cas d'incapacité de travail a débuté avant l'âge AVS et que le solde des prestations après l'âge AVS est inférieur à 180 jours, le droit maximum après l'âge AVS est limité à ce solde.
21. Les jours d'incapacité de travail partielle indemnisés sont comptés comme jours entiers.

Renonciation:

22. L'assuré ne doit pas chercher à empêcher l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à celle-ci avant que le médecin-conseil n'ait attesté de sa totale guérison.

Modification de l'indemnité journalière individuelle:

23. En cas d'incapacité de travail, l'augmentation de l'indemnité journalière n'est possible que dès le moment où l'assuré aura retrouvé sa pleine capacité pour une durée de trente jours au moins.
24. Sont imputés sur la durée des prestations, les jours pendant lesquels les assurés ont reçu des indemnités journalières de l'assureur dont ils sortent.

Art. 13 Prestations à l'étranger

1. Durant un séjour à l'étranger, à savoir hors de la Suisse et du Liechtenstein, respectivement hors de la zone frontière pour le frontalier, les prestations ne sont pas octroyées. Celles-ci sont allouées dès le retour dûment attesté de l'assuré en Suisse, respectivement dans la zone frontière pour le frontalier. Toutefois, les prestations sont allouées durant la période où il se trouvait hospitalisé pour autant qu'un rapatriement ne soit pas possible.
2. Les personnes qui travaillent à l'étranger pour un

employeur suisse et celles qui séjournent à l'étranger dans un but de formation tout en étant rémunérées par leur employeur, ont droit aux indemnités journalières. Le contrat d'assurance et le droit aux prestations prennent fin après 24 mois.

3. Pendant son incapacité de travail, l'assuré qui désire se rendre à l'étranger, doit en informer l'assureur. Ce dernier se réserve alors le droit de poursuivre l'octroi des indemnités journalières pendant un séjour limité, après analyse des circonstances.
4. L'assuré en incapacité de travail qui quitte la Suisse, respectivement la zone frontière pour le frontalier, sans l'accord de l'assureur n'a plus droit aux prestations d'assurance jusqu'à son retour.

Art. 14 Limitation du droit aux prestations

1. Les prestations peuvent être réduites, voire, dans les cas graves, refusées si l'assuré ne respecte pas les obligations citées à l'article 27.
2. Les prestations sont réduites lorsque l'assuré se soustrait aux prescriptions du médecin.
3. Si l'assuré est en incapacité de travail au moment où il atteint l'âge de l'AVS, son droit à toucher des prestations tombe si le preneur d'assurance n'a pas fait de demande préalable selon l'article 10 ch. 3 lettre f.
4. Les prestations sont refusées:
 - a. en cas de réserve et de réticence,
 - b. en cas d'annonce d'une atteinte à la santé intentionnellement fausse,
 - c. en cas d'incapacité de travail résultant d'une intervention esthétique volontaire,
 - d. en cas de participation à une rixe ou une bagarre impliquant deux ou plusieurs personnes, à des actes guerriers ou de terrorisme ainsi qu'à des crimes ou délits commis ou tentés intentionnellement,
 - e. en cas d'incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé provoquée par l'assuré, (tentative de suicide, suicide, mutilation volontaire),
 - f. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par les rayonnements nucléaires,
 - g. lors de tremblements de terre,
 - h. lors de service militaire à l'étranger,
 - i. lors de participation à des entreprises téméraires au sens de la LAA,
 - j. lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi (notamment pour éviter un examen du risque, pour retrouver un nouveau droit aux prestations),
 - k. lorsque l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction requises par l'assureur, notamment de se faire examiner par l'expert médical désigné par l'assureur ou de suivre une mesure lui permettant d'exploiter sa capacité de travail (par exemple: mesures de réinsertion),
 - l. si, sans le consentement de l'assureur, l'assuré

change de praticien alors même que ce dernier atteste une reprise totale ou partielle de travail,

- m. lorsque l'assuré ne respecte pas le principe de la diminution du dommage,
- n. lors des cas de sinistres dus à des événements de guerre
 - en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein,
 - 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 de travail survienne dans les 3 mois après le début de ces événements.

D. Indemnité complémentaire à la LAPG en cas de maternité

Art. 15 Couverture d'assurance

1. L'indemnité journalière complémentaire en cas de maternité est subordonnée au droit aux prestations de la Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (LAPG).
2. Les indemnités journalières assurées sont versées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance allant au-delà des prestations de la LAPG, souscrite par son employeur, depuis au moins 270 jours sans interruption.

Art. 16 Prestations assurées

1. L'assureur alloue les indemnités journalières jusqu'à concurrence de la couverture prévue dans la police, basée sur un salaire annuel maximal de Fr. 250'000.– par personne.
2. La couverture d'assurance mentionnée dans la police se décline par rapport à une durée de couverture, à un taux de couverture ainsi qu'en fonction du salaire excédentaire convenu.
3. Le droit aux indemnités prend effet le jour de l'accouchement, sous réserve des situations de report du droit au congé maternité prévus dans la LAPG. Les indemnités doivent être versées sans interruption et rétroactivement pour la fin de chaque mois civil donnant droit à l'indemnité complémentaire à réception du décompte de salaire.

E. Perte de gain additionnelle

Art. 17 Etendue de la couverture

1. Si elle est souscrite dans la police, la couverture additionnelle doit faire l'objet d'un accord pour chaque employé concerné. Cet accord a pour objectif de poursuivre la garantie du risque maladie après un cas ayant entraîné l'épuisement du droit aux prestations perte de gain.
2. L'employé doit disposer d'une capacité de travail rési-

duelle. Le preneur d'assurance et l'assureur définiront les conditions applicables à la mise en oeuvre de ladite couverture notamment le délai d'un mois entre le début de l'activité adaptée concrètement exercée et l'entrée en vigueur effective de la couverture.

3. La couverture additionnelle est exclusivement rattachée à l'assurance collective d'une indemnité journalière pratiquée par les assureurs membres du Groupe Mutuel.
4. L'assureur verse l'indemnité journalière selon la couverture convenue dans le contrat.
5. L'indemnité journalière est calculée selon les mêmes critères que la couverture fixée dans la police (pourcentage du salaire, délai d'attente, risque couvert, notion d'assurance de dommage, etc.).
6. En dérogation à l'article 12 al. 18 du présent règlement, le délai d'attente prévu dans le contrat collectif n'est pas imputé sur la durée maximale de couverture.
7. Si à l'échéance de la période des 5 ans depuis le début de la couverture additionnelle, l'employé n'a pas épuisé la durée des prestations de ladite couverture, il bénéficie à nouveau du droit à la couverture initiale prévue dans le contrat pour autant qu'il soit toujours sous contrat de travail avec la même entreprise.

Art. 18 Couverture d'assurance

1. Sur demande du preneur d'assurance, l'assuré peut bénéficier de la couverture additionnelle:
 - a. s'il a épuisé une fois son droit à une assurance d'une indemnité journalière pour un cas de maladie,
 - b. s'il dispose de surcroît d'une capacité de travail exploitable au sein de l'entreprise,
 - c. et si une place de travail adaptée à ladite capacité lui a été proposée.
2. L'employé ne peut avoir droit plus d'une fois à la couverture additionnelle.
3. Si l'employé fait déjà partie du cercle des assurés de l'entreprise, la couverture additionnelle ainsi que le droit aux prestations prennent effet au plus tôt après le délai convenu à l'article 17 al. 2.

Art. 19 Passage à l'assurance individuelle

La couverture est strictement rattachée au contrat collectif de l'entreprise dans le but de favoriser la réinsertion.

L'employé qui cesse d'appartenir au cercle des assurés ne bénéficie pas du libre passage.

Art. 20 Prime

La prime collective fixée dans la police intègre à la fois le produit d'assurance collectif usuel et la perte de gain additionnelle.

Art. 21 Dispositions complémentaires

1. Pour pouvoir bénéficier de la couverture additionnelle, l'employeur doit en faire la demande à l'assureur.
2. Afin de bénéficier des prestations de la couverture additionnelle, l'employé doit faire l'objet, de la part de son employeur, de mesures spécifiques destinées au maintien au sein de l'entreprise d'une activité professionnelle (diminution de l'horaire de travail, activité adaptée, réaménagement du poste, etc.).

F. Primes

Art. 22 Paiement des primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. Le taux de prime est fixé contractuellement par année civile d'assurance. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans la police. La prime provisoire peut être adaptée en tout temps à la situation réelle.
3. 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. Les fractions impayées de la prime annuelle restent dues.
4. 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. Par suspension des obligations de l'assureur, il faut entendre:
 - pour les nouveaux sinistres, la non-prise en considération de ceux-ci lorsqu'ils surviennent dans la période de suspension.
 - pour les sinistres en cours, la suspension du versement des prestations durant toute la période de suspension.
5. 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 considéré comme ayant pris fin.
6. Durant les périodes de suspension, les jours d'incapacité de travail des sinistres en cours sont imputés sur la durée du droit aux prestations. La couverture d'assurance ainsi que le paiement des prestations pour les sinistres en cours ne reprennent effet, et ceci de manière non-rétroactive, qu'à partir de l'encaissement de la prime en souffrance.
7. Dans le cadre de l'assurance en qualité de membre individuel, si l'affiliation débute ou prend fin au cours d'un mois civil, les primes sont dues pour le mois civil entier.

Art. 23 Adaptation du taux de prime

1. L'assureur est en droit d'adapter annuellement le taux des primes à l'évolution des sinistres. Les adaptations s'effectuent pour le 1^{er} janvier de chaque année civile.
2. Est réservée l'adaptation immédiate du taux de prime lors de l'entrée en vigueur de nouvelles circonstances (fusion, scission, absorption etc.) ainsi qu'à la modification déterminante de la composition du cercle des personnes assurées.
3. Si le tarif des primes est modifié pendant la durée contractuelle, l'assureur peut exiger l'adaptation du contrat avec effet au début de la prochaine année.
4. L'assureur informe le preneur d'assurance du nouveau taux au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours. Si le preneur d'assurance s'oppose à la modification du contrat, il peut en prononcer la résiliation au terme de l'année.
5. 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.
6. Si, ultérieurement à la fixation du taux de prime, des cas d'incapacité sous forme d'annonces tardives devaient apparaître, l'assureur est en droit de corriger rétroactivement le taux de prime conformément à la situation effective de la sinistralité.

Les corrections rétroactives sont considérées comme approuvées si l'assureur n'a reçu aucun avis de résiliation par recommandé dans les 30 jours à compter de la communication du taux de prime corrigé. La résiliation du contrat entre en vigueur au plus tôt à la fin du mois durant lequel l'assureur a reçu l'avis.
7. Tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont imputés à charge du contrat collectif.

Art. 24 Décompte de prime

1. 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 26 du règlement.
2. Dans le cadre de l'assurance en qualité de membre individuel, il n'y a pas de libération des primes.

Art. 25 Participation aux excédents

1. Le preneur d'assurance reçoit la part convenue de l'éventuel excédent selon les dispositions prévues dans la police, après la période de décompte fixée à trois ans au minimum avec échéance au 31 décembre.
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 partici-

pation est établi. L'assureur demande la restitution des excédents versés en trop.

4. Une éventuelle participation aux excédents est versée pour autant que le contrat collectif soit 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 à la LAPG en cas de maternité ne sont pas prises en compte dans le calcul de la participation aux excédents.

G.Dispositions diverses

Art. 26 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance est tenu d'informer les assurés sur leurs droits et obligations qui découlent de l'assurance, en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsqu'ils cessent 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. Le preneur d'assurance dispose à cet effet des notices explicatives délivrées par l'assureur.
3. Le preneur d'assurance doit informer immédiatement l'assureur lorsqu'un assuré en incapacité de travail sort du contrat collectif.
4. Lors de chaque facturation définitive, le preneur d'assurance doit remettre à l'assureur les décomptes AVS des personnes assurées ou par défaut une liste nominative avec date de naissance ou no AVS, sexe et salaire par assuré et période d'activité.
5. Si les informations nécessaires ne sont pas fournies dans les 30 jours dès la demande de l'assureur, ce dernier somme le preneur d'assurance de s'exécuter dans les 14 jours dès l'envoi de la sommation.
6. 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 22 du règlement est applicable par analogie pour le paiement de la prime complémentaire.
7. 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.
8. Le preneur d'assurance s'engage à annoncer les cas de sinistre et à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir la perte de salaire ou de gain (certificats médicaux, déclarations de

l'employeur, comptes et déclarations AVS ou fiscales, attestations de naissance, etc.). L'assureur se réserve le droit de vérifier la vraisemblance du salaire déclaré.

9. Le délai d'attente est à charge de l'employeur.

Art. 27 Obligations de l'assuré

1. L'ayant droit devra produire toute pièce déterminante à l'assureur, y compris une procuration autorisant celui-ci à obtenir les informations auprès de tiers, afin qu'il puisse se déterminer sur le bien-fondé de la prétention sous peine d'être déchu de son droit aux prestations.
2. Toute modification du taux d'incapacité de travail doit immédiatement être portée à la connaissance de l'assureur.
3. L'assuré délie le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur.
4. L'assuré doit collaborer avec les visiteurs des malades et des médecins mandatés par l'assureur. L'assuré devra suivre les prescriptions de ces derniers. Il a le devoir de renseigner et de répondre aux questions qui pourraient lui être posées. Si l'assuré ne se présente pas le jour de la convocation médicale sans motif valable, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser des prestations, voire de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les honoraires relatifs à la consultation manquée.
5. L'assuré doit, dès le début de l'incapacité de travail consulter un médecin possédant une autorisation de pratiquer et suivre ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger son incapacité.
6. L'assuré doit participer, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
7. Afin de pouvoir bénéficier des indemnités complémentaires à la LAPG en cas de maternité, l'assurée doit fournir, si nécessaire, le décompte y relatif de la caisse de compensation compétente.

Art. 28 Prestations de tiers

1. Dans le cadre de la détection précoce, l'assureur est habilité à annoncer à l'office AI un assuré. Celui-ci est informé au préalable d'une telle démarche.
2. En vertu de l'obligation de diminuer le dommage, l'assureur peut inciter l'assuré à déposer une demande à l'assurance invalidité.
3. Dès le moment où l'assureur invite l'assuré à s'annoncer auprès de l'institution sociale compétente pour la prise en charge des prestations, ou à suivre des mesures, il subordonne le versement de ses prestations à l'annonce effective du cas. En cas de refus, l'assureur se réserve également le droit de réclamer les prestations avancées depuis la notification de ladite demande.
4. L'assureur intervient subsidiairement pour la part de perte

de gain ou de salaire non-couvert par un assureur social, et ceci dans les limites des prestations prévues dans la police.

5. Si un tiers réduit ses prestations pour cause de sanction, l'assureur ne compense pas la diminution qui en résulte.
6. Lorsque plusieurs assurances privées couvrent solidai-
rement la perte de gain, le total des prestations qu'elles
allouent ne peut dépasser la perte subie. L'assureur verse
sa prestation au maximum en proportion de la part qu'il
a dans le total de celles couvertes par l'ensemble des
assureurs.
7. Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est
subrogé jusqu'à concurrence des prestations contrac-
tuelles aux droits de l'assuré et de ses survivants contre
tout tiers responsable.
8. 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 consé-
quence.
9. L'assureur avance les prestations perte de gain aussi
longtemps que l'assurance invalidité (LAI), une assu-
rance accident (LAA), l'assurance militaire (LAM), une
prévoyance professionnelle (LPP) voire un assureur étran-
ger 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 directe-
ment auprès de ces dernières ou d'un éventuel autre tiers
le remboursement des avances concédées. La restitution
du trop versé reste acquise à l'assureur.
10. 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.
11. En référence notamment aux conventions de libre
passage, la durée durant laquelle les indemnités journa-
lières ont été allouées par les précédents assureurs est
imputée sur la durée maximale du droit aux prestations de
l'assurance collective.

Art. 29 Surindemnisation / surassurance

1. Les prestations de l'assureur ou leur concours avec celles
d'autres assureurs, y compris les assurances sociales
telles que l'AI, la LAPG, LAA et LPP, ne doivent pas
entraîner de surindemnisation des assurés. La surindem-
nisation, à savoir la part de l'indemnité journalière versée
supérieure aux prestations prévues dans la police, doit
être remboursée à l'assureur.
2. La surassurance, à savoir le fait d'assurer un montant
supérieur au revenu provenant de l'activité lucrative ou
de l'assurance-chômage, n'est pas autorisée. En cas
de surassurance, l'indemnité journalière couverte sera
diminuée jusqu'à concurrence du revenu provenant de
l'activité lucrative ou de l'assurance-chômage au début
du mois au cours duquel la surassurance a été constatée.
Les primes antérieures à la constatation de la surassu-

rance restent acquises à l'assureur.

3. Lorsque le salaire déclaré pour l'indemnisation de
l'incapacité de travail est supérieur au gain assuré ou à la
perte de salaire effectivement subie, l'assureur se réserve
le droit de réclamer le remboursement des indemnités
journalières versées en trop.
4. Pour les personnes assurées avec un montant de salaire
fixe, l'étendue des prestations correspond au montant de
l'indemnité journalière convenue. La surassurance n'est
pas applicable dans ce cas de figure. Par contre, si les
indemnités journalières dues sont en concours avec des
prestations d'assurances sociales telles que assurance
invalidité, assurance accident ou assurance militaire, les-
dites indemnités journalières seront réduites du montant
versé par ces assurances sociales.

Art. 30 Compensation

1. L'assureur peut compenser des prestations échues avec
des créances contre le preneur d'assurance, respective-
ment l'assuré, sur sa part de participation à la prime.
2. Le preneur d'assurance n'a aucun droit de compenser à
l'encontre de l'assureur.

Art. 31 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. 32 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées à
l'administration générale de l'assureur ou à l'une de ses
agences officielles dont les adresses figurent sur une liste
mise à disposition par l'assureur.
2. Les communications de l'assureur sont faites valable-
ment à la dernière adresse indiquée à l'assureur par le
preneur d'assurance ou l'assuré.

Art. 33 Lieu d'exécution et for

1. Sauf dispositions particulières contraires, les obligations
résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et
en francs suisses.
2. En cas de contestations, le preneur d'assurance ou
l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domi-
cile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. Si le preneur
d'assurance ou l'ayant droit est domicilié à l'étranger, le
siège de l'assureur est le for exclusif.