

Conditions générales de l'assurance indemnité journalière

PI

PIAM02-F5 – édition 01.01.2016

Table des matières

A. Généralités

Traitement des données personnelles

- 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 Validité territoriale et personne assurée
Art. 6 Couvertures d'assurances
Art. 7 Conditions d'admission

C. Début et fin de 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

E. Prestations assurées

- Art. 12** Conditions
Art. 13 Délai d'attente
Art. 14 Prestations à l'étranger
Art. 15 Limitation du droit aux prestations

F. Primes

- Art. 16** Adaptation du taux de prime
Art. 17 Paiement des primes

G. Dispositions diverses

- Art. 18** Obligations de l'assuré
Art. 19 Prestations de tiers
Art. 20 Surindemnisation
Art. 21 Cession et mise en gage des prestations
Art. 22 Communications
Art. 23 Lieu d'exécution
Art. 24 For

A. Généralités

Traitement des données personnelles

L'assureur traite les données personnelles de la personne assurée, 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 l'assuré se trouvant à l'étranger peuvent 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. L'assuré autorise l'assureur et ses mandataires à traiter les données nécessaires en relation avec ses contrats d'assurance auprès des caisses et/ou sociétés affiliées au Groupe Mutuel ou administrées par lui. Ces données sont conservées sous forme physique ou électronique.

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité résultant de la maladie ou d'un

accident, selon les définitions des présentes conditions d'assurances, pour autant que ces risques soient inclus dans la police. Les prestations ne sont pas versées pendant le congé maternité.

Art. 2 Bases juridiques du contrat

Les bases juridiques du contrat sont constituées par:

1. Les présentes conditions générales d'assurance ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants.
2. Les déclarations écrites dans la proposition, les autres déclarations écrites de l'assuré ainsi que le questionnaire médical.
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. Lois

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

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 ou 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:

- 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.
- 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.
- 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. Libre passage:

Le libre passage depuis une assurance collective conclue sous Mutuel Assurances SA.

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 de l'indemnité journalière, le délai d'attente, la durée des prestations.

Art. 5 Validité territoriale et temporelle

1. Validité territoriale

La couverture d'assurance est accordée aussi longtemps que l'assuré est domicilié en Suisse. Pour l'assuré domicilié à l'étranger, la couverture continue à être accordée aussi longtemps qu'il justifie d'un revenu provenant d'une activité lucrative en Suisse.

2. Validité temporelle

La personne qui est totalement ou partiellement incapable de travailler au moment de l'entrée en vigueur de la police n'est pas assurée. Elle l'est dès qu'elle a retrouvé, durant au moins 30 jours, sa pleine capacité de travail. Les cas de libre passage restent réservés.

Art. 6 Couvertures d'assurances

L'assuré peut choisir entre deux couvertures:

Variante 1:

Les prestations sont allouées par cas d'assurance au maximum pour une durée de 730 jours, en coordination LPP.

Variante 2:

La durée du droit aux prestations est de 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs pour une ou plusieurs incapacités.

Art. 7 Conditions d'admission

- Toute personne domiciliée en Suisse, y exerçant une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus mais n'ayant pas atteint l'âge de 55 ans révolus, peut demander son adhésion.
- Dans le cadre d'un libre passage, le frontalier au bénéfice d'une activité lucrative en Suisse ou la personne domiciliée en Suisse, qui n'a pas encore atteint l'âge AVS, peut également demander son adhésion.
- A l'exception des personnes en libre passage, un examen de santé est exigé.

C. Début et fin de contrat

Art. 8 Début et fin de contrat

1. Début du contrat

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 de l'activité lucrative,
- b. en cas de non paiement des primes au sens de l'art. 17 ch. 3 des présentes conditions générales,
- c. lorsque l'assuré domicilié à l'étranger ne justifie plus d'un revenu provenant d'une activité lucrative en Suisse,
- d. en cas de résiliation par l'assuré ou par l'assureur,
- e. en cas de résiliation suite à une augmentation des primes au sens de l'article 16,
- f. à l'épuisement du droit maximal aux prestations,
- g. à la fin du mois durant lequel l'assuré a atteint l'âge de la retraite AVS.

Art. 9 Résiliation sur sinistre

1. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, l'assuré a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 14 jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si l'assuré 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 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 Prétention frauduleuse

L'assureur peut annuler ou résilier la police lorsque l'assuré 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

1. La couverture d'assurance débute au moment de l'entrée en vigueur de la police.
2. La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent dans l'un des cas suivants:
 - a. à l'épuisement du droit maximal aux prestations,
 - b. en cas de non paiement des primes selon l'art. 17 des présentes conditions,
 - c. à la suspension du contrat,
 - d. à la fin du contrat.

E. Prestations assurées

Art. 12 Conditions

1. L'assureur alloue les indemnités journalières jusqu'à concurrence de max. Fr. 350.-/jour sous réserve des assurés en libre passage.
2. 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.
3. Les jours d'incapacité partielle indemnisés sont comptés comme jours entiers.
 - 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 en a pris connaissance 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.
4. Si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité, l'assureur se réserve le droit, en cas de doute, de considérer le jour de l'établissement dudit certificat comme étant le premier jour d'incapacité.
5. 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.
6. Les indemnités journalières versées relèvent de l'assurance de dommage. L'indemnisation ne peut dépasser la perte de gain effective.
7. L'assureur indemnise l'incapacité uniquement lorsque la perte de salaire / de gain a pour origine une activité lucrative exercée en Suisse.
8. Les indemnités journalières versées à l'assuré antérieurement au présent contrat, soit par le précédent assureur, soit dans le cadre d'une assurance collective, sont imputées sur la durée maximale des prestations prévue par les présentes conditions générales selon la variante des «Couvertures d'assurances» choisie par l'assuré.

Variante 1: imputation des prestations pour le cas en cours et ses rechutes.

Variante 2: imputation des prestations des incapacités comprises dans la période de 900 jours.
9. L'assuré ne peut empêcher l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à celle-ci. Dans ce cas, les prestations sont versées selon l'appréciation du médecin-conseil.

Art. 13 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. 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 2 risques sont couverts par le même assureur.

- c. Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité. En cas de rechute, seul l'éventuel délai d'attente restant est appliqué.
- d. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations.

Art. 14 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. 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, ont droit aux indemnités journalières. La couverture d'assurance et le droit aux prestations prennent fin après 24 mois.
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, doit en informer au préalable 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. 15 Limitation du droit aux prestations

Les prestations sont refusées:

- a. en cas de réserve et 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,
- h. en cas d'incapacité résultant d'une atteinte à la santé provoquée par l'assuré, (tentative de suicide, suicide, mutilation volontaire),
- i. lorsque l'assuré ne respecte pas le principe de la diminution du dommage.

Les prestations sont réduites ou refusées:

- j. si l'accident est causé par la faute de l'assuré, en cas de dangers extraordinaires et d'entreprises téméraires au sens de LAA.

- k. Les prestations peuvent être réduites, voire dans les cas graves, refusées si l'assuré ne respecte pas les obligations prévues à l'article 18 des présentes conditions générales d'assurance.
- l. Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction (p.ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou fournir tous les renseignements sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer le droit aux prestations. L'assuré doit répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées par l'assureur.

F. Primes

Art. 16 Adaptation du taux de prime

1. Le taux de prime peut être adapté pour chaque année civile.
2. Les adaptations s'effectuent pour le 1^{er} janvier de chaque année civile.
3. L'assureur informe l'assuré du nouveau taux au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours. Si l'assuré s'oppose à la modification du contrat, il peut en demander la résiliation au terme 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. 17 Paiement des primes

1. L'assuré est le débiteur des primes.
2. Lorsque la prime n'est pas payée 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 arriérées de prime ont été acquittées.
3. 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.
4. Durant les périodes de suspension, les jours d'incapacité sont imputés sur la durée du droit aux prestations.

G. Dispositions diverses

Art. 18 Obligations de l'assuré

1. L'assuré s'engage à annoncer chaque incapacité de travail dans les 15 jours qui suivent sa survenance et à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir le droit aux prestations (procuration, pièces médicales, décision et/ou décompte d'autres assureurs, etc.). Il doit aussi avertir immédia-

tement 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.)

2. Durant son incapacité, l'assuré doit rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur.
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 les prescriptions de l'assureur, lui fournir les documents demandés et répondre à ses questions.

Si l'assuré ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur 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 frais relatifs à la convocation manquée.

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. Si l'assuré ne procède pas ou pas à temps à la demande de prestations, les indemnités journalières sont suspendues jusqu'au jour du dépôt de la demande.
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 doit participer, 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. 19 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 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.

Art. 20 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 doit être remboursée à l'assureur.

Art. 21 Cession et mise en gage des prestations

L'assuré ne peut ni céder, ni mettre en gage sa créance envers l'assureur, sans consentement de celui-ci.

Art. 22 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 l'assuré.

Art. 23 Lieu d'exécution

Les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et en francs suisses.

Art. 24 For

En cas de contestations, l'assuré 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.