

Conditions générales d'assurance (CGA) Challenge Couverture d'une indemnité journalière pour indépendant selon la LCA

IJIAM01-F3 – 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 Personne assurée
Art. 6 Couverture d'assurance
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

C. Prestations assurées

- Art. 11** Prestations
Art. 12 Prestations à l'étranger
Art. 13 Limitation du droit aux prestations

D. Primes

- Art. 14** Calcul des primes
Art. 15 Paiement des primes
Art. 16 Adaptation du taux de prime

E. Dispositions diverses

- Art. 17** Obligations du preneur d'assurance
Art. 18 Prestations de tiers
Art. 19 Compensation
Art. 20 Cession et mise en gage des prestations
Art. 21 Communications
Art. 22 Lieu d'exécution et for

A. Généralités

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assureur mentionné dans la police accorde sa garantie contre les conséquences économiques lors d'une incapacité de travail résultant de la maladie et, pour autant que cela ait été convenu, de l'accident.

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 ainsi que le questionnaire médical.
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. Maladie:

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

3. Atteinte à la santé:

L'atteinte à la santé englobe les cas de maladie ou d'accident.

4. Incapacité de travail:

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou

partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique 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.

5. 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.

6. 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.

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 si la couverture accident a été conclue.
4. L'assureur alloue les indemnités journalières jusqu'à concurrence de la couverture prévue dans la police.

Art. 5 Personne assurée

1. La couverture d'assurance est octroyée exclusivement à la personne indiquée dans la police et qui exerce une activité indépendante au sens de la LAVS.
2. La personne qui a épuisé son droit aux prestations d'une assurance indemnité journalière ne peut adhérer à un contrat Challenge d'indemnité journalière.

Art. 6 Couverture d'assurance

1. L'indépendant est assuré pour un montant fixe, mentionné dans la police d'assurance. Ce salaire conventionnel est alors couvert sous la forme d'une assurance de sommes avec toutefois les modalités de l'application de l'art. 18 relatif aux prestations de tiers.
2. Sauf disposition contraire, la durée du droit aux prestations est de 730 indemnités journalières 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 lors de la souscription d'une couverture Challenge.

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 réceptionné 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 fin de l'activité de l'indépendant, la perte de son statut d'indépendant ou de la mise en faillite de ce dernier.
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 l'indépendant a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.

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 le jour du début de l'activité de l'indépendant, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur de la police.
2. La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent:
 - a. à la résiliation ou à la suspension du contrat,
 - b. à l'épuisement du droit aux prestations,
 - c. en cas de cessation définitive de l'activité d'indépendant,
 - d. à la fin du mois durant lequel l'indépendant a pris sa retraite mais au plus tard à la fin du mois durant lequel il atteint l'âge de la retraite AVS,
 - e. en cas de transfert du domicile à l'étranger,
 - f. en cas de non paiement des primes selon l'art. 15 du présent règlement.

C. Prestations assurées

Art. 11 Prestations

Conditions:

1. L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%.
2. L'incapacité de travail d'une personne partiellement invalide ou handicapée se calcule d'après le degré d'incapacité à continuer à exercer son activité actuelle.

3. En cas d'incapacité de travail totale ou partielle, l'assureur doit en être informé 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.
4. 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.
5. 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.
6. L'obligation de verser les prestations est suspendue pendant le congé maternité. Par congé maternité on entend la période ininterrompue de 14 semaines depuis le jour de l'accouchement.

Versement:

7. L'indemnité journalière due est versée pour chaque jour d'incapacité de travail (dimanche et jours fériés y compris).
8. En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail.
9. 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'indépendant jusqu'à la date de l'établissement du certificat attesté par le praticien ou au plus jusqu'à la fin du mois en cours.

Délai d'attente:

10. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente choisi. Les jours d'incapacité de travail partielle donnant droit à des prestations comptent comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente.
11. 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.
12. Le délai d'attente est applicable également lors d'un changement du risque (maladie, accident) au cours d'une incapacité de travail.
13. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations.

Durée des prestations:

14. Dans les cas où l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré du point de vue médical qu'il exploite sa capacité de travail dans une profession adaptée, l'assureur accepte de poursuivre l'indemnisation pendant une période transitoire comprise entre 3 et 5 mois.
15. Les jours d'incapacité de travail partielle indemnisés sont comptés comme jours entiers.

Renonciation:

16. 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.

Art. 12 Prestations à l'étranger

1. Durant un séjour à l'étranger, à savoir hors de la Suisse et du Liechtenstein, les prestations ne sont pas octroyées. Celles-ci sont allouées dès le retour dûment attesté de l'assuré en Suisse ou au Liechtenstein. Toutefois, les prestations sont allouées durant la période où l'indépendant se trouvait hospitalisé pour autant qu'un rapatriement ne soit pas possible.
2. Pendant son incapacité de travail, l'indépendant qui désire se rendre à l'étranger, doit en informer l'assureur. Ce dernier, après analyse des circonstances, se réserve le droit de poursuivre l'octroi des indemnités journalières.
3. L'indépendant en incapacité de travail qui quitte temporairement la Suisse ou le Liechtenstein, sans l'accord de l'assureur, n'a plus droit aux prestations d'assurance jusqu'à son retour.

Art. 13 Limitation du droit aux prestations

1. Les prestations peuvent être suspendues, réduites, voire, dans les cas graves, refusées si le preneur d'assurance ne respecte pas les obligations citées à l'art. 17.
2. Les prestations sont réduites lorsque l'assuré se soustrait aux prescriptions du médecin.
3. Les prestations sont refusées:
 - a. si l'incapacité de travail découle d'une affection pour laquelle une réserve a été émise,
 - b. en cas de réticence,
 - c. en cas d'annonce d'une atteinte à la santé intentionnellement fausse,
 - d. en cas d'incapacité de travail résultant d'une intervention esthétique volontaire,
 - e. 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,
 - f. en cas d'incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé provoquée par l'assuré, (tentative de suicide, suicide, mutilation volontaire),
 - g. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par les rayonnements nucléaires,
 - h. lors de tremblements de terre,
 - i. lors de service militaire à l'étranger,
 - j. lors de participation à des entreprises téméraires au sens de la LAA,
 - 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,
 - 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,
- o. en cas d'incapacité de travail survenant pendant une détention préventive ou une privation de liberté (liée à l'exécution d'une sanction pénale ou à des fins d'assistance) et ce, même après la libération, jusqu'au retour à la pleine capacité de travail.

D. Primes

Art. 14 Calcul des primes

1. La prime se calcule sur la base du montant assuré et en fonction de la classe d'âge à laquelle appartient l'assuré.
2. L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe supérieure au début de l'année civile suivante.
3. Les classes d'âge déterminantes sont fixes jusqu'à 45 ans. Dès la 46^e année et jusqu'à la 71^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

Art. 15 Paiement des primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. La prime est fixée contractuellement. Elle est exigible à l'échéance du délai fixé dans la police.
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. Les fractions impayées de la prime annuelle restent dues.
4. 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. 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 n'entame pas une procédure de poursuite pour 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 rétroac-

tive, qu'à partir de l'encaissement de la prime en souffrance.

7. Si l'affiliation débute ou prend fin au cours d'un mois civil, les primes sont dues pour le mois civil entier.

Art. 16 Adaptation du taux de prime

1. L'assureur fixe pour chaque année civile le taux de prime.
2. Les adaptations s'effectuent pour le 1^{er} janvier de chaque année civile.
3. 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 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.

E. Dispositions diverses

Art. 17 Obligations du preneur d'assurance

1. 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 le droit aux prestations (certificats médicaux, rapports médicaux, etc.).
2. Toute modification du taux d'incapacité de travail doit immédiatement être portée à la connaissance de l'assureur.
3. 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.
4. L'assuré délie le personnel médical consulté du secret médical et professionnel envers le médecin-conseil de l'assureur.
5. L'assuré doit collaborer avec les visiteurs des malades et les 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.
6. 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.
7. 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.

Art. 18 Prestations de tiers

1. Dans le cadre de la détection précoce, l'assureur est habilité à annoncer l'assuré à l'office AI. L'assuré 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. Si un tiers réduit ses prestations pour cause de sanction, l'assureur ne compense pas la diminution qui en résulte.
5. Dès la survenance du sinistre, l'assureur est subrogé jusqu'à concurrence des prestations contractuelles aux droits du bénéficiaire des prestations et de ses survivants contre tout tiers responsable.
6. Si, sans l'accord de l'assureur, l'ayant droit 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.
7. L'assureur avance les prestations aussi longtemps que l'assurance invalidité (LAI), l'assurance-accidents (LAA), l'assurance militaire (LAM) voire un assureur social étranger n'établissent pas un droit à une rente. Dès l'octroi de la rente par l'une ou plusieurs des institutions précitées, l'assureur est en droit de demander directement auprès de ces dernières le remboursement des avances concédées. La restitution du trop versé reste acquise à l'assureur.
8. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours où les prestations sont réduites en raison de prestations d'assurances sociales, ces jours vont compter comme jours pleins.
9. Si les indemnités journalières dues sont en concours avec des prestations d'assurances sociales telles que Assurance invalidité, Assurance-accidents, Assurance militaire ou Assurance maladie LAMal, lesdites indemnités journalières seront réduites du montant versé par ces assurances sociales et ceci dans les limites des prestations prévues dans la police.

Art. 19 Compensation

1. L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre l'ayant droit.
2. Le preneur d'assurance n'a aucun droit de compenser à l'encontre de l'assureur.

Art. 20 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. 21 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 valablement à la dernière adresse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance.

Art. 22 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 contestation, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile 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.