

Assurance d'indemnité journalière en cas de maladie (LCA)

Conditions Générales d'Assurance (CGA)

Édition 2025



Table des matières

1.	Bases de l'assurance	4
1.1	But	4
1.2	Assureur	4
1.3	Bases du contrat	4
1.4	Police d'assurance	5
1.5	Loi sur le contrat d'assurance	5

2.	Cercle des personnes assurées	5
2.1	Preneur d'assurance	5
2.2	Personnes assurées	5

3.	Validité territoriale	6
3.1	Généralités	6
3.2	Travailleurs détachés à l'étranger	6
3.3	Séjour à l'étranger en cas de maladie	6

4.	Début, durée et fin du contrat d'assurance	7
4.1	Début du contrat	7
4.2	Durée du contrat	7
4.3	Fin du contrat	7

5.	Entrée en vigueur, durée et extinction de la protection d'assurance	8
5.1	Début de la protection d'assurance	8
5.2	Extinction et interruption de la protection d'assurance	8
5.3	Passage dans l'assurance individuelle	9

6.	Étendue de l'assurance	12
6.1	Principe	12
6.2	Gain assuré	12
6.3	Couverture maximale	12

7.	Prestations d'assurance	13
7.1	Conditions régissant les prestations	13
7.2	Étendue des prestations	14

Table des matières

7.3	Début des prestations	17
7.4	Durée des prestations	17
7.5	Limitations en matière de prestations	20
<hr/>		
8.	Obligations de collaborer en cas de maladie	21
8.1	Obligations en cas de sinistre	21
8.2	Réduction du dommage	22
8.3	Obligation de renseigner	23
8.4	Violation des obligations de collaborer	23
8.5	Impôt à la source	23
<hr/>		
9.	Primes et paiements	24
9.1	Masse salariale déterminante	24
9.2	Paieement des primes	24
9.3	Exonération de prime en cas de sinistre	26
9.4	Adaptation des primes	26
9.5	Participation aux excédents	26
9.6	Versement des prestations	27
9.7	Prime minimale	28
<hr/>		
10.	Coordination des prestations	28
10.1	Réduction, surindemnisation et remboursement	28
<hr/>		
11.	Protection des données	30
11.1	Principe	30
11.2	But du traitement	30
11.3	Transmission des données à des tiers	30
11.4	Conservation des données	31
11.5	Droit d'accès	31
11.6	Révocation du consentement	31
<hr/>		
12.	Communications	31
<hr/>		
13.	For juridique	32

La forme masculine choisie dans les présentes CGA vaut également pour les personnes de sexe féminin.

1. Bases de l'assurance

1.1 **But**

Le produit grape Assurance d'indemnité journalière en cas de maladie (LCA) vise à couvrir la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite de maladie.

La couverture de la perte de gain par suite d'accouchement (indemnité d'accouchement) complémentaire à l'assurance maternité, par suite de paternité (indemnité de paternité) complémentaire à l'assurance paternité et le salaire posthume au sens de l'article 338, al. 2 CO, peuvent être inclus.

L'obligation d'allouer des prestations s'étend au dommage effectivement survenu (assurance contre les dommages) jusqu'à concurrence de la somme d'assurance convenue.

1.2 **Assureur**

L'assureur est l'entreprise mentionnée dans la police d'assurance. La société grape insurance AG est habilitée à accomplir tous les actes au nom et pour le compte de l'assureur.

1.3 **Bases du contrat**

Les documents suivants sont réputés constituer les bases du contrat:

- la demande d'assurance;
- la police d'assurance;
- les Conditions particulières (CP) mentionnées dans la police d'assurance;
- les présentes Conditions Générales d'Assurance (CGA);
- la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908.

1.4 Police d'assurance

La police d'assurance indique les couvertures d'assurance souscrites. Elle mentionne également les Conditions particulières ou les accords qui dérogent aux CGA ou les complètent.

1.5 Loi sur le contrat d'assurance

Sauf dispositions dérogatoires convenues dans le contrat d'assurance ou les CGA, les dispositions de la LCA s'appliquent.

2. Cercle des personnes assurées

2.1 Preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est l'entreprise décrite dans la police d'assurance avec les unités lui appartenant ou la personne physique qui conclut le contrat.

2.2 Personnes assurées

2.2.1 Travailleurs

Les personnes physiques ou groupes de personnes mentionnés dans la police d'assurance sont assurés s'ils satisfont aux conditions suivantes:

- a) Ils sont liés par un contrat de travail ou d'apprentissage avec le preneur d'assurance.
- b) Ils sont soumis à l'AVS ou y seraient soumis au vu de leur âge ou continuent d'être employés dans l'entreprise assurée au moment d'atteindre l'âge AVS.
- c) Ils n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus, sous réserve de l'article 2.2.2, let. c).

En font partie:

- les auxiliaires si leur contrat de travail a une durée déterminée de trois mois ou moins, sous réserve de l'article 7.4.9., al. 3, let. f);
- les employés à temps partiel et les salariés à l'heure soumis à l'assurance-accidents obligatoire (LAA) contre les conséquences d'accidents non professionnels;
- les travailleurs à domicile au sens de l'article 351 CO.

Les personnes bénéficiant d'une autorisation frontalière (permis G) sont assimilées aux personnes domiciliées en Suisse.

2.2.2 Personnes non assurées

Les personnes suivantes sont exclues de l'assurance:

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

3. Validité territoriale

3.1 Généralités

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

3.2 Travailleurs détachés à l'étranger

Pour les travailleurs détachés à l'étranger, l'assurance est valable durant 24 mois à compter de la date du détachement, sous réserve qu'ils bénéficient simultanément d'une couverture LAA. Sur demande, la couverture d'assurance peut être prolongée.

3.3 Séjour à l'étranger en cas de maladie

Lorsqu'un assuré malade et ayant droit aux prestations se rend à l'étranger, il n'a pas droit aux prestations pendant la durée du séjour à l'étranger jusqu'à son retour en Suisse. Il en va de même pour les personnes domiciliées à l'étranger qui quittent leur ancien domicile. L'assureur peut examiner d'éventuelles exceptions si la personne assurée soumet sa demande accompagnée d'un certificat médical au moins quatre semaines avant le départ. L'assureur se réserve le droit de demander en plus une recommandation du médecin-conseil.

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

4.1 Début du contrat

L'assurance débute à la date convenue dans la police d'assurance. La conclusion de l'assurance est possible en tout temps, même en cours d'année civile.

4.2 Durée du contrat

4.2.1 Principe

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

4.2.2 Prolongation du contrat

À l'échéance de la durée contractuelle convenue, le contrat d'assurance est reconduit tacitement pour une nouvelle année, sauf s'il est résilié dans les délais impartis.

4.3 Fin du contrat

4.3.1 Résiliation

Les deux partenaires contractuels peuvent résilier le contrat d'assurance par écrit à la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois. La résiliation est possible pour la première fois avec effet à la date d'échéance mentionnée dans la police d'assurance. La résiliation n'est valable que si elle parvient par écrit et dans les délais impartis, c.-à-d. au plus tard le dernier jour ouvrable avant le début du délai de résiliation de trois mois. En cas de résiliation du contrat d'assurance, l'assureur peut soumettre au preneur d'assurance une nouvelle offre d'assurance assortie d'une nouvelle durée.

4.3.2 Expiration du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance expire avec effet immédiat dans les cas suivants: cessation de l'activité du preneur d'assurance; transfert du siège social à l'étranger.

4.3.3 Résiliation du contrat par l'assureur

L'assureur n'est pas lié au contrat d'assurance et peut le résilier:

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

4.3.4 Renoncement au droit de résiliation en cas de sinistre

L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat d'assurance en cas de sinistre. La résiliation à la date d'échéance du contrat demeure réservée.

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

5.1 Début de la protection d'assurance

La protection d'assurance débute le jour où commencent les rapports de travail, mais au plus tôt à la date de début de l'assurance mentionnée dans la police d'assurance.

L'admission dans l'assurance a lieu sans réserve et sans déclaration de santé. Les atteintes à la santé préexistantes sont également assurées. Les personnes qui ne disposent pas de leur pleine capacité de travail à la date de début de l'assurance ou au moment de commencer leur activité professionnelle ne sont assurées que lorsqu'elles ont retrouvé leur pleine capacité de travail dans le cadre de leur contrat de travail.

5.2 Extinction et interruption de la protection d'assurance

5.2.1 Fin de la protection d'assurance

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

- a) lorsque les rapports de travail qui le lient au preneur d'assurance prennent fin;
- b) à la date de départ à la retraite, y compris de retraite anticipée;

- c) en cas de maintien de son emploi en âge AVS, lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans révolus;
- d) par épuisement définitif du droit aux prestations conformément à la durée des prestations convenue dans la police d'assurance, sans recours à une capacité résiduelle de gain;
- e) au décès de la personne assurée;
- f) lorsque le contrat d'assurance prend fin;
- g) pendant la suspension de l'obligation d'allouer des prestations consécutive à un retard de paiement de la part du preneur d'assurance.

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

La protection d'assurance est maintenue en cas d'interruption de travail volontaire (congé non payés, par exemple) sans droit au salaire. Toutefois, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue durant cette période et aucune prime n'est due. Cette disposition ne s'applique pas en cas d'interruptions de travail involontaires, en particulier en cas de maladie, de maternité, de paternité, de service dans l'armée suisse ou dans la protection civile.

Pendant la durée d'un congé non payé, l'assurance est maintenue jusqu'à 180 jours tant que les rapports de travail subsistent.

Sauf accord contraire, la prestation débute au plus tôt le jour de la reprise prévue du travail. Les jours d'incapacité de travail durant le congé non payé sont imputés sur le délai d'attente et la durée des prestations. Les obligations de collaborer en cas de sinistre conformément aux présentes CGA sont applicables. Cette règle s'applique par analogie également en cas d'interruption de travail due à l'exécution d'une peine ou d'une mesure.

5.3 Passage dans l'assurance individuelle

5.3.1 Droit de passage

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

- a) lorsqu'elle sort du cercle des personnes assurées de l'assurance collective;
- b) lorsqu'elle a fini de toucher les prestations;
- c) lorsque le contrat d'assurance prend fin.

Le droit de passage doit être exercé par écrit dans les 90 jours qui suivent la communication de l'employeur à ce propos. L'assurance individuelle débute le jour qui suit celui où l'assuré a cessé d'appartenir au cercle des personnes assurées de l'assurance collective, celui où il a fini de toucher les prestations ou celui de la fin du contrat d'assurance.

Les conditions et tarifs de l'assurance individuelle valables au moment du passage s'appliquent, y compris les dispositions relatives au montant maximal de l'indemnité journalière assurée. Les dispositions relatives à la prolongation de la couverture demeurent réservées.

5.3.2 Devoir d'information de l'employeur

Le preneur d'assurance est tenu de renseigner l'assuré sortant de l'assurance collective en temps utile, et au plus tard le dernier jour de travail, et par écrit, sur le droit de passage et le délai dont il dispose pour passer dans l'assurance individuelle.

S'il ne s'acquiesce pas de son devoir, le preneur d'assurance doit répondre des dommages qui en résultent.

5.3.3 Étendue du maintien de l'assurance

L'étendue du maintien de l'assurance correspond en principe à la couverture d'assurance précédente. Le montant de l'indemnité journalière est limité au salaire obtenu après le passage dans l'assurance individuelle, et au maximum au montant des prestations assurées auparavant.

Le revenu assuré maximal s'élève à CHF 300 000 par an. Les personnes sans activité lucrative peuvent s'assurer jusqu'à concurrence de la rente maximale simple de l'AVS.

Les chômeurs au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire (LACI) peuvent, moyennant une adaptation correspondante des primes et indépendamment de leur état de santé, transformer leur ancienne assurance en une assurance avec un délai d'attente de 30 jours.

Au moment où débute le chômage, le montant de l'indemnité journalière assurée est réduit à celui de l'indemnité de chômage.

5.3.4 Imputation de prestations déjà perçues

Les prestations déjà perçues

- dans cette assurance collective;
- auprès d'anciens assureurs;

sont imputées sur la durée des prestations de l'assurance individuelle.

5.3.5 Exclusion du droit de passage

Il n'y a aucun droit de passage:

- a) lorsque l'assuré quitte son emploi et passe dans l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie de son nouvel employeur;
- b) lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat d'assurance pour ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur et que ce dernier doit, sur la base d'un accord de libre passage, garantir le maintien de la protection d'assurance;
- c) tant que des prestations sont allouées dans le cadre de la prolongation de la couverture;
- d) lorsque la personne assurée prend sa retraite, au plus tard à l'âge ouvrant le droit à une rente AVS;
- e) lorsque la personne assurée est domiciliée à l'étranger;
- f) pendant la durée d'une garantie de couverture provisoire;
- g) lorsque la personne assurée a épuisé les prestations prévues dans le contrat collectif et qu'il n'existe plus de capacité de gain résiduelle;
- h) pour les personnes ayant un contrat de travail à durée déterminée de trois mois ou moins, sauf si elles sont considérées comme au chômage au sens de l'article 10 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI) immédiatement après leur sortie du cercle des personnes assurées;
- i) en cas de tentative de fraude ou de fraude avérée à l'assurance par la personne assurée ou de réticence.

Les dispositions de l'article 100, al. 2 LCA s'appliquent aux chômeurs au sens de l'article 10 LACI.

6. Étendue de l'assurance

6.1 Principe

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

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

6.2 Gain assuré

6.2.1 Somme des salaires AVS

La base de calcul de l'indemnité journalière est le dernier salaire soumis à l'AVS perçu avant le sinistre auprès du preneur d'assurance, y compris les éléments de salaire non encore payés et auxquels la personne assurée a droit. Les salaires non soumis à l'AVS du fait de l'âge de la personne assurée constituent également la base du calcul. Un revenu provenant d'une autre activité n'est pas pris en considération.

Les augmentations de salaire et les réductions de salaire à la suite d'une modification du taux d'occupation ou d'adaptations salariales générales (par exemple par des conventions collectives de travail) ne sont prises en compte que si le droit existe ou si elles ont déjà été convenues par écrit avant la survenance de l'incapacité de travail. La somme assurée est considérée comme base de calcul pour le maintien du salaire posthume.

6.2.2 Revenu irrégulier

Si le revenu est soumis à de fortes fluctuations (commissions, participations au chiffre d'affaires, activité irrégulière d'auxiliaires, etc.), le salaire perçu au cours des douze derniers mois précédant l'incapacité de travail est divisé par 365 pour le calcul de l'indemnité journalière. Si la période précédant l'incapacité de travail est inférieure à douze mois, l'indemnité journalière est calculée par analogie.

6.3 Couverture maximale

Le montant du salaire maximal assurable par personne et par an est fixé dans le contrat; il est en règle générale limité à CHF 300 000.

7. Prestations d'assurance

7.1 Conditions régissant les prestations

7.1.1 Principe

La condition pour l'octroi de prestations est une incapacité de travail par suite de maladie attestée d'un point de vue médical et fondée sur des critères objectifs.

L'assureur est en droit de refuser d'allouer des prestations si l'incapacité de travail dont se prévaut la personne assurée se fonde essentiellement sur des critères non médicaux ou si le diagnostic posé ne justifie aucune incapacité de travail.

7.1.2 Maladie

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

7.1.3 Accident

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

Sont considérées comme des accidents les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles reconnues comme telles par la LAA.

7.1.4 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré et qui empêche ce dernier d'accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui.

En cas d'incapacité de travail d'une durée supérieure à 90 jours, l'activité qui peut être raisonnablement exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

7.1.5 Incapacité de gain

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

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

7.1.6 Certificat médical

L'incapacité de travail doit être attestée par certificat médical. L'attestation doit être établie par un médecin ou chiropraticien reconnu par l'assureur. Un certificat médical doit être remis toutes les quatre semaines au moins.

L'antidatage des certificats médicaux et des déclarations de maladie est admis jusqu'à trois jours au maximum.

7.2 Étendue des prestations

7.2.1 Principe

Les prestations se déterminent d'après l'étendue de l'assurance convenue et les présentes conditions d'assurance. Le montant total des indemnités journalières allouées ne doit pas dépasser la perte de gain subie par l'assuré du fait du cas d'assurance.

7.2.2 Indemnité journalière

L'indemnité journalière assurée est versée pour la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement après l'expiration du délai d'attente convenu contractuellement.

L'intégralité des prestations d'indemnités journalières ne doit pas dépasser la perte de gain de l'assuré causée par le cas d'assurance.

7.2.3 Incapacité partielle de travail

En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est versée en fonction du degré de l'incapacité de travail. Pour le calcul du délai d'attente et de la durée des prestations, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours entiers.

7.2.4 Allocations familiales

Les allocations pour enfants et les allocations de formation des caisses de compensation sont également assurées sans prime en tant que partie intégrante du revenu assuré. Le droit aux prestations débute à l'expiration du délai d'attente convenu dans la police, au plus tôt à partir du cinquième mois civil.

Le preneur d'assurance ou l'assuré doit exercer le droit par écrit auprès de l'assureur en apportant la preuve que la caisse de compensation a supprimé les allocations légales pour enfants et celles de formation professionnelle.

7.2.5 Suspension de l'obligation d'allouer des prestations

Pendant le droit à l'allocation de maternité ou à l'allocation de paternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG), ou à l'indemnité d'accouchement ou à l'indemnité de paternité au titre de cette assurance, l'obligation d'allouer des prestations pour cause de maladie est suspendue.

7.2.6 Indemnité d'accouchement

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

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

Durant l'octroi de l'allocation de maternité, mais tout au plus pendant 98 jours, l'assurée touche la différence entre celle-ci et l'indemnité d'accouchement assurée. Pendant 14 jours supplémentaires au maximum, l'indemnité d'accouchement est versée à hauteur de l'indemnité d'accouchement assurée.

L'indemnité d'accouchement est versée sans imputation d'un délai d'attente et la durée maximale des prestations convenue en cas de maladie n'est pas imputée.

Le droit à l'indemnité d'accouchement cesse dans tous les cas si la personne assurée reprend son emploi avant la fin de la durée de versement des prestations.

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

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

Le preneur d'assurance peut demander une extension de l'étendue des prestations. Pour ce faire, le règlement du personnel du preneur d'assurance doit prévoir une réglementation relative au congé de maternité.

7.2.7 Indemnité de paternité

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

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

Durant l'octroi de l'allocation de paternité, tout au plus pendant 14 jours, l'assuré touche la différence entre celle-ci et l'indemnité de paternité assurée.

L'indemnité de paternité est versée sans imputation d'un délai d'attente et la durée maximale des prestations convenue en cas de maladie n'est pas imputée.

Le droit à l'indemnité de paternité cesse dans tous les cas si la personne assurée reprend son emploi avant la fin de la durée de versement des prestations.

L'indemnité de paternité n'est pas versée lorsque les rapports de travail liant l'assuré au preneur d'assurance prennent fin avant le congé de paternité.

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

Le preneur d'assurance peut demander l'examen d'une extension de l'étendue des prestations. Pour ce faire, le règlement du personnel du preneur d'assurance doit prévoir une réglementation relative au congé de paternité.

7.2.8 Maintien du salaire posthume

Si une personne assurée décède d'une maladie assurée, l'assureur assume l'obligation légale de maintenir le versement du salaire par le preneur d'assurance au sens de l'article 338, al. 2 CO, dans la mesure où il est également assuré.

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

L'engagement éventuellement pris par le preneur d'assurance de continuer à verser le salaire, en complément de la réglementation légale, pendant une période plus longue n'est pas pris en compte.

7.3 Début des prestations

Le droit aux prestations prend naissance à l'expiration du délai d'attente convenu. Le délai d'attente débute le jour où commence l'incapacité de travail indiquée sur le certificat médical, et au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical. Le délai d'attente est calculé pour chaque cas d'assurance.

7.4 Durée des prestations

7.4.1 Principe

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

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

Si un nouveau cas d'assurance survient après épuisement de la durée convenue des prestations, l'assuré bénéficie d'une protection d'assurance pour ce cas s'il a exploité, totalement ou partiellement, sa capacité résiduelle de gain. La protection d'assurance est accordée au maximum sur la capacité de travail résiduelle.

7.4.2 Imputation du délai d'attente

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

7.4.3 Rechute

La réapparition d'une maladie (rechute) est considérée comme un nouveau cas d'assurance lorsque, depuis la dernière survenance de la même maladie, l'assuré a été en capacité de travailler durant 365 jours sans interruption.

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

7.4.4 Nouveau cas d'assurance

Si, alors qu'un cas d'assurance est en cours, un nouveau cas d'assurance survient, les jours liés au premier cas et ayant donné droit à des indemnités journalières sont imputés sur la durée des prestations du deuxième cas.

7.4.5 Durée des prestations en cas d'accouchement

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

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

L'indemnité d'accouchement n'est pas imputée sur la durée maximale des prestations.

7.4.6 Durée des prestations en cas de paternité

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

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

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

7.4.7 Durée des prestations à l'âge AVS

Les personnes assurées qui continuent de travailler après avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS ou après une retraite anticipée ont droit à l'indemnité journalière assurée jusqu'à l'acquittement de l'obligation légale de l'employeur de poursuivre le versement du salaire, mais au maximum pendant encore 180 jours au total à partir de la retraite ordinaire ou de la retraite anticipée et au plus tard jusqu'à l'âge de 70 ans révolus. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations.

En cas de prestation en cours, l'indemnité journalière est encore versée pendant 180 jours au maximum à partir du départ à la retraite, mais au maximum jusqu'à la durée des prestations convenue.

7.4.8 Imputation en cas de reprise du contrat

En cas de reprise ou de renouvellement du contrat, les prestations déjà perçues auprès d'anciens assureurs sont imputées sur la durée des prestations.

7.4.9 Prolongation de la couverture

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

Les rechutes ne donnent pas droit à des prestations supplémentaires.

Cette prolongation de la couverture est exclue:

- a) en cas de droit au libre passage d'un autre assureur lorsqu'il s'agit d'une reprise de contrat;

- b) en cas de changement d'emploi et de passage dans l'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie ou dans l'assurance perte de gain en cas de maladie du nouvel employeur;
- c) lorsque l'assuré prend sa retraite, au plus tard à l'âge ouvrant le droit à une rente AVS;
- d) lorsque l'assuré transfère son domicile à l'étranger. Pour les frontaliers, la Suisse est assimilée au pays de domicile;
- e) lorsque le contrat de travail a été résilié durant la période d'essai;
- f) lorsqu'il s'est agi d'un contrat de travail à durée déterminée de trois mois ou moins. En cas de contrat de travail à durée déterminée de plus de trois mois, le droit aux prestations n'existe que pendant la durée des rapports de travail.

En l'absence de prolongation de la couverture, les dispositions relatives au passage dans l'assurance individuelle s'appliquent.

7.5 Limitations en matière de prestations

7.5.1 Exclusion de prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations:

- a) pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur;
- b) en cas de participation à des actes de guerre, des désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger;
- c) pour les maladies consécutives à la participation active à des actes punissables, à des bagarres ou à d'autres actes violents;
- d) lorsque l'atteinte à la santé est imputable à l'exposition à des rayonnements ionisants non prescrits par un médecin;
- e) lorsque, durant une incapacité de travail, l'assuré quitte passagèrement la Suisse ou son pays de résidence sans l'agrément de l'assureur, et ce jusqu'à son retour en Suisse ou à son lieu de résidence;
- f) si l'assuré tombe malade pendant un séjour à l'étranger jusqu'à son retour en Suisse ou dans son pays de résidence. Cette restriction ne s'applique pas à la durée d'une hospitalisation inévitable ou à la durée de l'incapacité de voyager attestée par un médecin;

- g) si, pendant la période d'incapacité de travail, la personne assurée est placée en détention préventive, ou qu'une peine ou une mesure est appliquée à son encontre;
- h) en cas d'incapacité de travail à la suite d'interventions qui ne sont pas médicalement indiquées (par exemple opérations de chirurgie esthétique);
- i) lorsque l'attestation d'incapacité de travail a été établie par un médecin ou chiropraticien non agréé.

7.5.2 Restrictions en matière de prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- a) lorsque l'assuré s'oppose gravement et à plusieurs reprises aux décisions de l'assureur ou aux instructions du médecin;
- b) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas remis dans les quatre semaines, sans que le délai d'attente ne s'en trouve interrompu;
- c) pour les maladies consécutives à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours avant la survenance de l'incapacité de travail.

7.5.3 Négligence grave

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

7.5.4 Obligation de remboursement

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

8. Obligations de collaborer en cas de maladie

8.1 Obligations en cas de sinistre

Si une incapacité de travail donne vraisemblablement lieu à des prestations d'assurance, celle-ci doit être déclarée à l'assureur par écrit au moyen d'une déclaration de maladie au plus tard dans les cinq jours ou cinq jours après l'expiration du délai d'attente.

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

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

Toute diminution du degré de l'incapacité de travail doit être annoncée immédiatement à l'assureur. La déclaration doit être conforme à la vérité. Lorsqu'il fait valoir des prestations, l'assuré ou le preneur d'assurance doit mettre à la disposition de l'assureur toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires.

8.2 Réduction du dommage

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

L'assuré doit apporter la preuve de la perte de gain. Dans le cas contraire, il n'a droit à aucune prestation.

L'assuré qui reste totalement ou partiellement inapte au travail dans sa profession d'origine est tenu, le cas échéant, d'exploiter sa capacité de gain résiduelle dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité. L'assureur demande à l'assuré, en lui accordant un délai raisonnable, d'adapter son activité actuelle ou de changer de poste ou de profession.

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

- a) déposer une demande auprès de l'office AI compétent dans les six mois qui suivent la survenance de l'incapacité de travail. Le droit aux prestations est interrompu si l'assuré ne donne pas suite à l'injonction d'annoncer le cas. Le droit renaît une fois l'annonce faite. La durée de l'interruption est imputée sur la durée totale des prestations;

- b) consulter un médecin dès le premier jour de l'incapacité de travail;
- c) se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de l'assureur. Les frais sont à la charge de l'assureur. La prescription de l'examen par le médecin-conseil est réputée notifiée le septième jour suivant celui où elle n'a pas été retirée au bureau de poste. Si la personne assurée séjourne ou est domiciliée à l'étranger, l'assureur peut exiger que l'examen ait lieu en Suisse. Les frais de voyage engagés à cet effet sont à la charge de la personne assurée.

8.3 Obligation de renseigner

Dans tous les cas où un droit aux prestations est invoqué auprès de l'assureur, l'assuré ou le preneur d'assurance met à la disposition de l'assureur toutes les informations nécessaires à l'évaluation de l'obligation d'allouer des prestations, du montant ou de la durée des prestations.

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

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

8.4 Violation des obligations de collaborer

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

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

8.5 Impôt à la source

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

9. Primes et paiements

9.1 Masse salariale déterminante

Est déterminante pour le calcul des primes la masse salariale brute soumise à l'AVS réalisée dans l'entreprise assurée par les assurés, mais au maximum le gain assurable maximal convenu dans la police par personne et par an.

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

9.2 Paiement des primes

9.2.1 Facturation et échéance

Les primes sont dues par avance par le preneur d'assurance et payables jusqu'à la date d'échéance fixée dans la police d'assurance.

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

9.2.2 Décompte final

À la fin de l'année civile, l'assureur fait parvenir au preneur d'assurance un formulaire de déclaration. Le preneur d'assurance doit, dans un délai d'un mois, renvoyer à l'assureur la déclaration de la masse salariale, accompagnée des documents nécessaires (déclaration AVS, listes des assurés, décomptes de salaire, etc.). Sur la base de ces indications, l'assureur calcule les montants définitifs des primes et établit un décompte final correspondant. En cas de solde inférieur à CHF 20, il est renoncé au paiement ultérieur ou au remboursement. Le montant est reporté sur le prochain décompte.

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

9.2.3 Consultation de la comptabilité des salaires

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

9.2.4 Remboursement des primes

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

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

9.2.5 Retard de paiement

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

Les frais de rappel et les frais administratifs occasionnés par les arriérés de paiement sont à la charge du preneur d'assurance. Si, en dépit d'une sommation, la prime en souffrance n'est pas acquittée à l'échéance du délai de sommation, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue dès l'expiration du délai de sommation, et ce jusqu'au paiement intégral des primes en souffrance, intérêts et frais de gestion compris.

Les cas de prestation survenant pendant la suspension de l'obligation d'allouer des prestations ne donnent droit à aucune prestation, même en cas de paiement ultérieur de la prime en souffrance.

Pour les cas de prestation déjà survenus (y compris les prestations subséquentes), le droit aux prestations assurées est maintenu jusqu'à la durée initialement convenue.

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

9.3 Exonération de prime en cas de sinistre

Le salaire d'un bénéficiaire d'indemnités journalières n'est pas soumis à des primes. Tant que des rapports de travail auprès de l'entreprise assurée existent ou que des prestations sont allouées dans le cadre de la prestation supplémentaire, l'obligation de payer les primes est suspendue dans la mesure des prestations allouées par ce contrat. La facturation de la prime annuelle minimale au sens de l'article 9.7 demeure réservée.

9.4 Adaptation des primes

L'assureur a le droit d'adapter la prime en fonction de l'évolution des coûts de la communauté de risque et de la charge des sinistres du contrat individuel pour l'année civile suivante.

Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant la fin d'une année civile. Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la communication avec effet à la fin de l'année d'assurance en cours. Faute de résiliation, l'adaptation des primes est réputée acceptée. Par ailleurs, le contrat d'assurance et sa durée restent inchangés.

9.5 Participation aux excédents

Une participation aux excédents peut être convenue.

Si une participation aux excédents est convenue, le preneur d'assurance participe à un excédent éventuel résultant de son contrat d'assurance après au moins trois années d'assurance complètes ou selon la période de décompte fixée dans le contrat d'assurance. Les prolongations tacites du contrat font également partie intégrante d'une période de décompte.

L'excédent est calculé en déduisant de la part de prime afférente à la période de décompte les prestations d'assurance fournies et réservées. La part déterminante de la prime et la part d'excédents sont mentionnées dans la police d'assurance.

Le décompte est établi dès le paiement des primes afférentes à la période de décompte et le règlement définitif des sinistres correspondants. Les pertes ne sont pas reportées sur la période de décompte suivante.

Si des cas de maladie ou bien des paiements supplémentaires sont effectués, qui sont rattachés à la période d'un décompte déjà clôturé, un nouveau décompte de la participation aux excédents peut alors être établi. L'assureur peut demander la restitution des parts d'excédents déjà versées.

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

9.6 Versement des prestations

9.6.1 Versement d'indemnités journalières en cas de maladie

Le versement de l'indemnité journalière intervient après le recouvrement de la capacité de travail attestée par un certificat médical. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, l'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu.

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

9.6.2 Versement de l'indemnité d'accouchement

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

9.6.3 Versement de l'indemnité de paternité

L'indemnité de paternité est versée au preneur d'assurance, pour transmission à l'assuré, sur la base du justificatif des prestations selon la LAPG.

9.6.4 Versement du salaire posthume

Le salaire posthume assuré est versé au preneur d'assurance, après réception de l'attestation officielle, pour être transmis aux proches de la personne décédée.

9.6.5 Compensation

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

9.6.6 Mise en gage et cession

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

9.6.7 Prescription

Le droit à prestation du preneur d'assurance à l'égard de l'assureur se prescrit au bout de deux ans à compter du fait justifiant l'obligation d'allouer des prestations de l'assureur.

9.7 Prime minimale

La prime minimale annuelle s'élève à CHF 1200.

10. Coordination des prestations

10.1 Réduction, surindemnisation et remboursement

10.1.1 Principes régissant la réduction, la surindemnisation et le remboursement

Si, à la suite d'un acte non autorisé, par contrat ou par la loi, un tiers est responsable d'un cas de maladie déclaré, l'assureur complète les prestations à concurrence de l'indemnité journalière assurée.

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

Pour les droits à prestation à l'égard de tiers, il n'existe aucune obligation d'allouer des prestations dans les limites desdites prétentions.

10.1.2 Réductions dans le domaine des assurances sociales

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

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

10.1.3 Réductions dans le domaine de l'assurance multiple

Si plusieurs assureurs sont tenus d'allouer des prestations, l'assureur participe au sinistre dans la mesure du rapport existant entre la somme assurée par cet assureur et le montant total de toutes les sommes assurées.

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

10.1.4 Résiliation en cas d'assurance multiple

Si le preneur d'assurance n'avait pas connaissance de l'assurance multiple lors de la conclusion d'un contrat ultérieur, il peut résilier ledit contrat par écrit. Il est tenu de le faire dans les quatre semaines qui suivent la découverte de l'existence de l'assurance multiple.

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

10.1.5 Surindemnisation

Il y a surindemnisation lorsque l'ensemble des prestations de l'assureur, de tiers et des assurances sociales dépasse le montant de l'indemnité journalière assurée. Dans ce cas, les prestations sont réduites en conséquence et les montants versés en trop peuvent être réclamés ou directement compensés avec des prestations d'assureurs sociaux, notamment avec l'assurance-invalidité fédérale.

Les jours avec des indemnités journalières réduites sont pris en compte comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.

10.1.6 Renonciation aux prestations

Lorsqu'un assuré renonce sans l'accord de l'assureur en tout ou en partie à des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation.

Sont également considérés comme une renonciation la capitalisation d'un droit aux prestations et le non-exercice de droits envers des tiers, en particulier si l'assuré ne s'inscrit pas à l'assurance-invalidité malgré la demande de l'assureur.

10.1.7 Prestations provisoires et recours

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

11. Protection des données

11.1 Principe

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

11.2 But du traitement

L'assureur ne traite que les données (p. ex., données personnelles, informations concernant l'état de santé, examen des indications fournies sur la proposition, encaissements, règlement des prestations) qui sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance selon la LCA. En présence d'un consentement, des renseignements peuvent être collectés auprès de tiers (assureurs, médecins, hôpitaux, etc.).

11.3 Transmission des données à des tiers

Les dispositions légales en matière de protection des données sont prises en compte lors du traitement. Le traitement des données est effectué exclusivement par des personnes autorisées à le faire dans le cadre d'un contrat de travail avec l'assureur ou par des personnes habilitées dans le cadre d'un engagement contractuel. Les données personnelles ne sont pas transmises à des tiers. Font exception à cette règle les cas où la transmission de données est autorisée par la loi ou quand la personne assurée y a consenti.

11.4 Conservation des données

Dans le cadre de l'obligation légale de conservation, les données sont conservées physiquement et/ou électroniquement et sont protégées contre les accès non autorisés par des mesures techniques et organisationnelles appropriées. Outre l'obligation légale de conservation, les données personnelles sont conservées uniquement lorsqu'elles sont nécessaires pour faire valoir et défendre des droits juridiques.

Dans ce cadre, la durée de conservation dépend notamment des délais de conservation légaux ou de la durée pendant laquelle il est possible de faire valoir des droits auprès des assureurs. Après expiration de l'obligation légale de conservation ou de la conservation extraordinaire, les données personnelles sont supprimées/effacées.

11.5 Droit d'accès

La personne assurée a le droit de demander les informations prévues par la loi quant au traitement des données la concernant.

11.6 Révocation du consentement

Le consentement au traitement des données peut être révoqué à tout moment.

12. Communications

Pour être valables, les communications de l'assureur à l'assuré ou au preneur d'assurance nécessitent la forme écrite.

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

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

13. For juridique

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

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions sur vos conditions d'assurance actuelles.