

Conditions générales (CG) pour l'assurance maladie collective

Edition 2008

Table des matières

Etendue de l'assurance

Article 1 Quelles sont les bases de cette assurance?**Article 2 Qu'est-ce qui est assuré?**

1. Prestations assurées
2. Evénements assurés

Article 3 Définitions

1. Maladie
2. Accident
3. Accouchement
4. Incapacité de travail
5. Médecin
6. Chiropraticien
7. Etranger
8. Etats membres de l'UE-15
9. États membres de l'AELE

Article 4 Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

1. Exclusions générales
2. Exclusions limitées dans le temps
3. Convention de libre passage

Article 5 Où l'assurance est-elle valable?

1. Principe
2. Incapacité de travail et séjour à l'étranger
3. Assurés étrangers
4. Frontaliers

Article 6 Quelles sont les personnes assurées?

1. Personnes assurées
2. Convention particulière
3. Devoir d'information du preneur d'assurance

Article 7 Quand la couverture d'assurance débute-t-elle?

1. Employés
2. Convention particulière
3. Obligation de collaborer

Article 8 Quand la couverture d'assurance prend-elle fin?

1. Motifs de la fin de la couverture
2. Obligation d'informer

Article 9 Quand le droit aux prestations d'assurance s'éteint-il?

1. Extinction des prestations en cours
2. Droit aux prestations subséquentes

Obligations en cas de survenance de l'événement assuré

Article 10 Que faut-il observer en cas de survenance de l'événement assuré?

1. Marche à suivre
2. Obligation de renseigner
3. Réduction du dommage
4. Devoir d'information

Etendue de l'assurance

Article 1 Quelles sont les bases de cette assurance?

- a) le contrat écrit passé entre le preneur d'assurance et l'assureur,
- b) les conditions générales (CG) et les conditions complémentaires (CC),
- c) sauf dispositions contraires, les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) font foi.

Article 2 Qu'est ce qui est assuré?**1. Prestations assurées**

L'assurance couvre, dans le cadre des dispositions contractuelles les

Article 11 Comment les prestations sont-elles versées aux personnes soumises à l'impôt à la source?

1. En cas de paiement à la personne assurée
2. En cas de paiement au preneur d'assurance

Article 12 Quand les prestations sont-elles réduites?

1. Inobservation des obligations contractuelles
2. Faute grave
3. Répartition lors de plusieurs atteintes à la santé

Primes

Article 13 Comment le paiement de la prime est-il réglé?

1. Base du calcul de la prime
2. Prime provisoire et calcul de la prime
3. Obligation de déclarer
4. Consultation des documents
5. Différence par rapport à la prime provisoire

Article 14 Quelles sont les conséquences du retard dans le paiement de la prime?

1. Retard dans le paiement de la prime
2. Maladies avant l'expiration du délai de paiement
3. Maladies après l'expiration du délai de paiement
4. Accouchement et décès après l'expiration du délai de paiement
5. Remise en vigueur de la couverture d'assurance

Article 15 Quand les taux de primes peuvent-ils être adaptés?

1. Nouveau tarif des primes
2. Adaptation à l'expiration du contrat
3. Droit de résiliation
4. Acceptation du preneur d'assurance

Dispositions diverses

Article 16 Comment la participation à l'excédent est-elle calculée?

1. Principe
2. Bases de calcul
3. Annulation avant la fin de la période de décompte
4. Restitution

Article 17 Comment le maintien de la couverture d'assurance à titre d'assurance individuelle est-il réglé?

1. Continuation de la couverture d'assurance
2. Devoir d'information
3. Restrictions

Article 18 Que faut-il savoir sur la durée du contrat?

1. Résiliation sur sinistre
2. Renouvellement tacite

Article 19 A qui les communications doivent-elles être adressées?**Article 20 Où se situe le for?**

conséquences économiques d'un événement assuré, stipulées dans un contrat écrit.

2. Événements assurés

L'incapacité de travail consécutive à une maladie ou un accident ainsi que l'accouchement et le décès peuvent être définis comme événements assurés.

Article 3 Définitions

1. Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psy-

chique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

2. Accident

Est réputé 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.

3. Accouchement

Naissance d'un enfant de l'assurée, si l'enfant est né viable, ou si l'enfant meurt à la naissance ou que l'enfant est mort né et que la grossesse a duré au minimum 23 semaines permanente.

4. Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir tant dans sa profession actuelle que dans une autre profession ou 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.

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

5. Médecin

Tout médecin, autorisé à exercer, titulaire du diplôme fédéral ou d'un brevet officiel étranger équivalent.

6. Chiropraticien

Tout chiropraticien exerçant une activité professionnelle agréée en Suisse.

7. Etranger

Est considéré comme territoire étranger tout territoire situé en dehors de la Suisse et de la Principauté du Liechtenstein.

8. Etats membres de l'UE-15

Belgique, Danemark, Allemagne, Finlande, France, Grèce, Grande-Bretagne, Italie, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Suède, Espagne.

9. États membres de l'AELE

Norvège, Islande, Principauté du Liechtenstein, Suisse.

Article 4 Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

1. Exclusions générales

- Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident couvert par l'assurance obligatoire contre les accidents (LAA) ou par une autre assurance privée contre les accidents. Si les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident ne sont pas couvertes par une autre assurance, la couverture n'est accordée que si l'assurance perte de gain en cas d'accident est incluse dans le présent contrat.
- incapacité de travail consécutive à une grossesse.
- les événements résultant de guerre, de troubles civils et de radiations ionisantes de tout genre; sont toutefois couverts les dommages consécutifs aux traitements médicaux par rayons d'événements assurés.

2. Exclusions limitées dans le temps

- Les maladies et les accidents en cours lors de l'entrée en vigueur du contrat ou lors de l'entrée en service auprès de l'entreprise assurée qui génèrent une incapacité partielle ou totale de travail demeurent exclues de l'assurance jusqu'à ce que l'assuré ait retrouvé sa pleine capacité de travail. La reprise du travail auprès du preneur d'assurance est prise en considération seulement si l'activité peut être exercée à 100 % et que la personne assurée est pleinement apte au travail durant 20 jours sans interruption.
- il n'existe aucun droit aux indemnités journalières durant un congé non payé. Si durant le congé non payé la personne assurée se trouve en incapacité de travail, le début du délai d'attente convenu commence à courir le jour suivant la fin du congé non payé convenu contractuellement. Si la personne reprend le travail avant la fin convenue du congé non payé, le délai d'attente commence à courir au plus tôt après 20 jours d'activité non interrompue.
- il n'existe aucun droit à une indemnité journalière pendant la durée d'une détention préventive, de l'exécution d'une sanction pénale liée à une privation de liberté, ainsi que pendant la privation de liberté à des fins d'assistance. Une incapacité de travail survenant pendant cette période reste exclue de l'assurance même après la libération, jusqu'au retour à la pleine capacité de travail.

Si l'incapacité de travail a débuté avant, il n'existe aucun droit aux indemnités journalières durant l'exécution de la sanction pénale liée à une privation de liberté. Les journées non indemnisées seront toutefois prises en compte dans le calcul de la durée maximale d'indemni-

sation.

3. Convention de libre passage

Pour les personnes assurées se trouvant au bénéfice de la convention de libre passage signée entre les assureurs d'indemnités journalières maladie, leur garantissant des conditions plus favorables, celles-ci sont déterminantes.

Article 5 Où l'assurance est-elle valable?

1. Principe

L'assurance est valable dans le monde entier.

2. Incapacité de travail et séjour à l'étranger

Si une personne assurée se trouve en incapacité de travail pendant un séjour à l'étranger, les prestations pendant la durée de son absence du pays de domicile sont versées durant 90 jours au plus par événement assuré, pour lequel un délai d'attente commence à courir. Une personne assurée en incapacité de travail qui se rend à l'étranger sans le consentement écrit de la Société n'a à nouveau droit aux prestations que dès la date de son retour.

3. Assurés étrangers

Si une personne assurée qui ne possède ni permis d'établissement ni permis de séjour annuel en Suisse se trouve en incapacité de travail pendant qu'elle séjourne à l'étranger, le droit aux prestations s'éteint au plus tard à l'expiration du délai pendant lequel l'employeur, en vertu des dispositions légales, est tenu de lui verser son salaire. Le droit s'étend toutefois à 90 jours au plus par événement assuré, pour lequel un délai d'attente commence à courir.

4. Frontaliers

- pour les personnes assurées disposant d'un permis de frontalier EU/AELE valable dans toute la Suisse (des pays membres de l'UE et de l'AELE, y compris Malte et Chypre) ces restrictions ne sont pas applicables tant qu'ils séjournent dans l'un de ces pays.
- pour les autres frontaliers, ces restrictions ne sont pas non plus applicables tant qu'ils disposent d'un domicile dans la zone frontalière et qu'ils résident dans cette zone.

Sont considérées comme zones frontalières les zones situées entre la Suisse et l'un des pays voisins et définies comme telles dans la Convention définissant les frontaliers.

Article 6 Quelles sont les personnes assurées?

1. Personnes assurées

Sont assurées les personnes qui font partie du cercle de personnes défini dans le contrat, qui sont liées à l'employeur par un contrat de travail et qui n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans.

2. Convention particulière

Les personnes suivantes ne sont assurées que moyennant l'existence d'une convention particulière dans le contrat:

- le propriétaire de l'entreprise;
- le conjoint ou partenaire au sens de la Loi fédérale sur le partenariat (LPart) et les autres membres de la famille du propriétaire de l'entreprise au sens de l'AVS pour autant qu'ils travaillent dans l'entreprise assurée et pour lesquels il ne prélève aucune cotisation AVS;
- les travailleurs à domicile;
- les personnes assurées avec une indemnité journalière ou un salaire fixe.

3. Devoir d'information du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est tenu d'informer les personnes assurées qui disposent d'un droit aux prestations auprès de la Société sur le contenu essentiel du contrat, sur sa modification et sur sa dissolution. À cet effet, la Société met à la disposition de l'employeur les documents requis (mémentos).

Article 7 Quand débute la couverture d'assurance?

1. Employés

La couverture d'assurance débute le jour où l'employé entre en service, ou aurait dû entrer en service, conformément à son engagement, au plus tôt cependant à la date indiquée dans le contrat écrit.

2. Convention particulière

Une déclaration d'admission doit être présentée pour les personnes qui sont assurées sur la base d'une convention particulière. Afin de pouvoir apprécier le risque, la Société peut prendre des renseignements médicaux ou exiger un examen médical.

La couverture d'assurance débute par la déclaration d'acceptation écrite délivrée par la Société.

3. Obligation de collaborer

Les personnes pour lesquelles a été déposée une demande d'admission à l'assurance ont l'obligation de collaborer et de fournir tous les renseignements demandés. Ils doivent délier les tiers de leur obligation envers le secret médical.

Article 8 Quand la couverture prend-elle fin?

1. Motifs de la fin de la couverture

La couverture d'assurance de chaque assuré prend fin, pour toutes les prestations assurées pour lui à:

- a) l'extinction du contrat;
- b) son décès;
- c) la cessation des rapports de travail;
- d) l'épuisement de la durée maximale des prestations (droit de jouissance);
- e) la cessation de l'activité lucrative;
- f) son 70ème anniversaire;
- g) pour le chef d'entreprise, son conjoint ou partenaire au sens de la Loi fédérale sur le partenariat (LPart) et pour les autres membres de la famille du propriétaire au sens de l'AVS pour autant qu'ils travaillent dans l'entreprise assurée, et pour lesquels il ne prélève aucune cotisation AVS, lors de la cessation ou de l'interruption de l'activité déterminante pour l'appréciation du risque lors de la conclusion du contrat;
- h) l'expiration du permis de séjour qui autorise l'exercice d'une activité lucrative;
- i) le séjour de la personne assurée hors d'Europe pendant plus de 12 mois consécutifs;
- j) l'ouverture de la faillite du preneur d'assurance.

2. Obligation d'informer

Le preneur d'assurance a l'obligation d'informer par écrit la Société dans les 30 jours, lorsque apparaît l'un des motifs de fin de couverture suivants:

- selon chiffre 1 lit. b, c, e, g, h, i, pour des personnes assurées avec une indemnité journalière fixe ou un salaire fixe;
- selon chiffre 1 lit. b, c, e, g, h, i pour des personnes assurées avec des prestations en cours;
- selon chiffre 1 lit. j.

Obligations en cas de survenance de l'événement assuré

Article 10 Que faut-il observer en cas de survenance de l'événement assuré?

1. Marche à suivre

Si un événement assuré donnera vraisemblablement droit à des prestations d'assurance, il faut:

- a) immédiatement consulter un médecin et veiller à ce que la personne assurée bénéficie du traitement adéquat. La personne assurée est tenue de suivre les prescriptions du médecin et du chiropraticien;
- b) que le preneur d'assurance en informe la Société au moyen du formulaire mis à disposition, en observant les prescriptions suivantes:
en cas de délai d'attente jusqu'à 30 jours:
 - dans les 7 jours suivant l'expiration du délai d'attente,en cas de délai d'attente plus long, au plus tard à l'expiration du 31ème jour de 31 jours ou plus:
 - au plus tard à l'expiration du délai d'attente

Le preneur d'assurance, respectivement la personne assurée, justifiera le droit à l'assurance par la présentation des certificats médicaux établissant le diagnostic complet.

Les documents et justificatifs qui ne sont pas rédigés dans l'une des trois langues nationales, ou en anglais, doivent être traduits à la demande de la Société, aux frais de la personne assurée.

2. Obligation de renseigner

La Société est en droit d'organiser des visites aux patients, ainsi que de demander des renseignements et justificatifs complémentaires, en particulier des certificats médicaux. Sur demande, la personne assurée doit se soumettre à un examen effectué par un médecin désigné par la Société. Les éventuels frais de voyage en découlant, en Suisse, (billet de train 2ème classe) sont à la charge de la Société.

La personne assurée doit libérer de leur secret professionnel envers la Société, les médecins et chiropraticiens qui l'ont traitée.

Article 9 Quand le droit aux prestations d'assurance s'éteint-il?

1. Extinction des prestations en cours

Si il demeure un droit aux prestations au sens de l'article 8, ce droit s'éteint avec l'expiration de la couverture d'assurance. Demeure réservé le droit aux prestations subséquentes selon chiffre 2.

2. Droit aux prestations subséquentes

- a) Dans les cas relevant de l'article 8 lit. a et c, la Société ne verse l'indemnité journalière que pour les maladies provoquant une incapacité de travail lors de l'expiration de la couverture d'assurance et pour autant qu'il n'existe pas d'autre motif d'expiration selon l'article 8 lit. b, d à g et i.
- b) Si la couverture d'assurance expire au sens de l'article 8 lit. h, le droit aux prestations subséquentes sel lit. a demeure acquis seulement si il s'agit de l'expiration d'un permis de séjour pour un frontalier. Les autres permis ne donnent pas droit aux prestations subséquentes.
- c) Le droit aux prestations subséquentes est également acquis si la couverture d'assurance expire au sens de l'article 8 lit. j.
- d) Si la couverture d'assurance s'éteint en vertu de l'article 8 lit. b, d à g et i il n'existe en aucun cas un droit aux prestations subséquentes.

Les prestations subséquentes sont versées jusqu'à l'expiration de la durée des prestations prévues dans le contrat, au plus tard cependant jusqu'à l'ouverture du droit à une rente LPP (Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25.06.1982). Toutefois, l'octroi de ces prestations est soumis à la condition que l'incapacité de travail persiste de manière ininterrompue en étant due à la même cause et en atteignant au plus le même degré que précédemment.

Pour le chef d'entreprise, le conjoint ou partenaire au sens de la Loi fédérale sur le partenariat (LPart) et pour les autres membres de la famille au sens de l'AVS, pour autant qu'ils travaillent dans l'entreprise assurée, et pour lesquels il ne prélève aucune cotisation AVS la durée des prestations subséquentes s'étend à 180 jours au plus.

Si la personne assurée est domiciliée à l'étranger et ne possède pas le statut de frontalier au sens de l'article 5 chiffre 4 lit. a, les prestations subséquentes sont versées durant 90 jours au plus.

Le droit aux prestations subséquentes est supprimé si la personne assurée fait valoir son droit à la continuation de la couverture d'assurance sous forme d'assurance individuelle (article 17) ou dispose d'un droit au libre passage.

La personne assurée doit autoriser la Société à demander des renseignements auprès d'offices et de tiers, en particulier auprès des agences AI, institutions de prévoyance (caisses de pension), caisses maladie, assureurs LAA, caisse d'assurance chômage et autres institutions sociales et assureurs privés et de prendre connaissance des dossiers la concernant.

3. Réduction du dommage

Dans le but de réduire le dommage,

- a) la personne assurée doit adapter son activité antérieure ou toute autre activité exigible. Elle le fera dans le cadre du délai octroyé par la Société. Dans le cas d'une longue incapacité de travail, le preneur d'assurance doit favoriser la reprise de l'activité et proposer à la personne assurée un poste de travail adapté;
- b) la personne assurée est tenue d'émettre ses prétentions auprès des assurances sociales compétentes en respectant les délais correspondants;
- c) en cas de droit à l'indemnité journalière, un contrôle médical régulier (au moins toutes les 4 semaines) doit avoir lieu, sans autre convention écrite;
- d) la personne assurée doit accepter d'entrer à l'hôpital, dans une clinique ou un établissement de cure, si cela paraît opportun en vue de sa guérison.

4. Devoir d'information

Le preneur d'assurance informe par écrit chaque personne assurée du comportement à observer en cas de survenance d'un événement assuré.

Article 11 Comment les prestations sont-elles versées aux personnes soumises à l'impôt à la source?

1. En cas de versement à la personne assurée

Lors d'un sinistre, le preneur d'assurance est tenu d'aviser la Société que l'employé est soumis à l'impôt à la source.

Si les prestations assujetties à l'impôt à la source sont versées directement à la personne assurée, elles sont réduites du montant dudit impôt.

2. En cas de versement au preneur d'assurance

Les prestations assujetties à l'impôt à la source peuvent être allouées sans réduction au preneur d'assurance. Dans ce cas, celui-ci doit procéder à la déduction de l'impôt à la source conformément à la législation fiscale en vigueur et observer toutes les obligations incombant de par la loi au débiteur de la prestation imposable, notamment procéder à temps au décompte avec les autorités fiscales compétentes.

Le preneur d'assurance répond de tous les dommages que l'inexécution ou l'exécution imparfaite de ces obligations (en particulier de l'obligation de verser à temps l'impôt à la source) aurait pour effet de causer à la Société.

Primes

Article 13 Comment le paiement de la prime est-il réglé?

1. Base du calcul de la prime

Sont déterminants pour le calcul de la prime:

a) Pour les assurances sur la base des salaires

Le salaire annuel AVS par personne et par année, sous réserve d'autres conventions. Les salaires versés à des personnes qui ne sont pas soumises à l'AVS doivent aussi être pris en considération selon les normes de l'AVS

b) Pour les assurances avec indemnités journalières ou salaires fixes

Si des indemnités journalières ou des salaires fixes ont été convenus, ceux-ci sont déterminants. Si la prime est calculée pour une durée inférieure à une année, le nombre de jours civils par personne assurée est déterminé au pro rata temporis.

2. Prime provisoire et calcul de la prime

Si une prime provisoire a été convenue, le preneur d'assurance communique à la Société, après réception du formulaire de déclaration, les éléments nécessaires au calcul de la prime en joignant un double du décompte AVS ou la facturation établie par voie électronique, basée sur une comptabilité des salaires certifiée aux normes salariales CH.

3. Obligation de déclarer

Si le preneur d'assurance ne remplit pas son obligation de déclarer dans le délai imparti par la Société, celle-ci fixe par estimation le montant de la prime due.

4. Consultation des documents

La Société peut vérifier en tout temps les déclarations du preneur d'assurance en consultant l'ensemble des documents déterminants (p. ex. livres de salaires, décomptes de salaires).

5. Ecart par rapport à la prime provisoire

Si la prime définitive s'écarte de la prime provisoire, celle-ci peut être réajustée.

Article 14 Quelles sont les conséquences du retard dans le paiement de la prime?

1. Retard dans le paiement de la prime

Si la prime n'est pas réglée dans le délai imparti, la Société somme le preneur d'assurance par écrit et à ses frais, en lui indiquant les conséquences du retard, de payer la prime en suspens ainsi que les frais dans les 14 jours à compter dès l'envoi de la sommation.

2. Événements assurés survenant avant l'expiration du délai légal de sommation

Les événements assurés qui ont conduit à une incapacité de travail avant l'expiration du délai légal de sommation sont assurés.

Article 12 Quand les prestations sont-elles réduites?

1. Inobservation des obligations contractuelles

En cas d'inobservation des obligations contractuelles lors d'un sinistre, la Société a le droit de réduire ou refuser ses prestations, à moins qu'il ne soit prouvé que cette violation n'est pas imputable à une faute.

2. Faute grave

Si l'événement assuré a été provoqué par une faute grave de l'assuré, la Société renonce à son droit légal de réduire les prestations.

3. Répartition en cas de diverses atteintes à la santé

Si l'atteinte à la santé n'est due qu'en partie à une maladie assurée, les prestations sont fixées proportionnellement, sur la base d'une évaluation établie par un spécialiste.

3. Maladies et accidents survenant après l'expiration du délai légal de sommation.

Les maladies et accidents qui ont conduit à une incapacité de travail après l'expiration du délai légal de sommation sont exclus. Cette exclusion est également applicable aux rechutes.

4. Accouchement et décès après l'expiration du délai légal de sommation.

Un accouchement ou un décès survenant après l'expiration du délai légal de sommation ne bénéficie pas de la couverture d'assurance.

5. Remise en vigueur de la couverture d'assurance

Toute assurance suspendue peut être remise en vigueur par la Société lorsque toutes les primes échues sont réglées, y compris les intérêts et les frais.

Pour le chef d'entreprise, son conjoint ou partenaire au sens de la Loi fédérale sur le partenariat (LPart) et les autres membres de la famille du chef d'entreprise au sens de l'AVS pour autant qu'ils travaillent dans l'entreprise assurée, et pour lesquels il ne prélève aucune cotisation AVS, lors de la cessation ou de l'interruption de l'activité déterminante, pour l'appréciation du risque lors de la conclusion du contrat, ou la remise en vigueur peut être subordonnée à un nouveau certificat de santé.

Article 15 Quand les taux de primes peuvent-ils être adaptés?

1. Nouveau tarif des primes

Si le tarif des primes change pendant la durée contractuelle, la Société peut exiger l'adaptation du contrat dès l'année d'assurance qui suit. La nouvelle prime est communiquée au preneur d'assurance au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année d'assurance.

2. Adaptation à l'expiration du contrat

La Société peut adapter les primes en fonction du cours des sinistres, ainsi qu'en fonction de l'éventuelle modification de la composition du cercle des personnes assurées (âge et sexe), à l'expiration de la durée contractuelle et à l'expiration de chaque année d'assurance suivante. La Société communique les nouveaux taux de primes au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant l'expiration de l'année d'assurance.

3. Droit de résiliation

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat, dans sa totalité ou seulement en rapport avec le type de prestations dont la prime a été augmentée, pour la fin de l'année d'assurance en cours. Si il fait usage de ce droit, le contrat s'éteint, dans la mesure correspondante, à l'expiration de l'année d'assurance. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à la Société, au plus tard, le dernier jour de l'année d'assurance.

4. Acceptation du preneur d'assurance

Faute de résiliation par le preneur d'assurance, l'adaptation du contrat est réputée acceptée.

Dispositions diverses

Article 16 Comment la participation à l'excédent est-elle calculée?

1. Principe

Après chaque période de décompte de trois ans, la première fois après trois années civiles entières, le preneur d'assurance participe à un éventuel excédent de son contrat à concurrence du pourcentage convenu.

2. Bases de calcul

L'excédent est égal à la différence entre, d'une part, les primes concernant la période de décompte et, d'autre part, les prestations d'assurance pour les sinistres qui ont débutés pendant la période de décompte et pour les cas de libre passage qui ont été repris de l'assureur précédent pendant cette période, ainsi que les frais d'administration.

Une éventuelle perte n'est pas reportée sur la prochaine période de décompte. Le décompte est établi dès que les sinistres déterminants sont liquidés.

3. Annulation du contrat avant la fin de la période d'observation

Le droit à une participation à l'excédent de prime est supprimé si le contrat est annulé avant la fin de la période d'observation.

4. Demande en restitution

Si des sinistres annoncés ou des paiements supplémentaires effectués après que le décompte ait été établi concernent la période de décompte achevée, la Société peut demander la restitution des participations à l'excédent déjà versées.

Article 17 Comment le maintien de la couverture d'assurance à titre d'assurance individuelle est-il réglé?

1. Continuation de la couverture d'assurance

La personne assurée a le droit de continuer l'assurance à titre d'assurance individuelle, au tarif individuel et aux conditions complémentaires déterminantes si:

- la couverture d'assurance s'éteint pour les motifs énoncés à l'article 8, chiffre 1, lit. a, c ou j et qu'il n'existe aucun autre motif d'annulation selon l'article 8 chiffre 1;
- au moment de la cessation ou de l'interruption de l'activité selon article 8 chiffre 1 lit. g due à un événement assuré, il demeure une incapacité de travail de 25% au moins.

Le droit au maintien de la couverture d'assurance individuelle doit être requis par écrit par la personne assurée dans les 90 jours qui suivent sa sortie du cercle des assurés, sans quoi ce droit s'éteint.

Pour les assurés qui, immédiatement après avoir quitté le cercle des personnes assurées, suite à la cessation des rapports de travail (article 8, chiffre 1, lit. c) sont "sans emploi" au sens de l'article 10 de la Loi sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI), doivent faire valoir ce droit dans les 3 mois dès l'instant où ils ont été informés de leur droit par écrit.

2. Devoir d'information du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance doit informer par écrit les personnes sortantes, au plus tard à l'extinction du contrat ou au moment de la sortie, de la possibilité de maintenir la couverture d'assurance par la conclusion d'un contrat d'assurance individuelle et du délai dans lequel ce transfert doit être réalisé. D'éventuelles prétentions consécutives à un défaut d'information doivent être élevées par la personne assurée, sous réserve de dispositions légales impératives, contre le preneur d'assurance.

Si le preneur d'assurance n'a pas informé les assurés à temps et par écrit, ou si il ne peut pas prouver l'avoir fait, il répond envers la Société de toutes les conséquences qui en résultent. En particulier, il doit indemniser la Société des primes manquantes et des indemnités journalières que celle-ci doit verser à la personne assurée en cas de maladie.

3. Restrictions

Le droit au maintien de la couverture n'est pas applicable:

- si la personne assurée bénéficie d'une extension de la durée des prestations (article 9);
- en cas de changement d'emploi lorsqu'il existe un droit de libre passage dans l'assurance maladie collective du nouvel employeur au sens de la Convention de libre-passage signée par les assureurs maladie collective;

- pour les personnes assurées avec un contrat de travail à durée limitée ou dont le temps d'essai se termine, à l'exception de celles qui sortent prochainement du cercle des personnes assurées et sont considérées comme "personne sans emploi" au sens de l'article 10 de la Loi sur l'assurance chômage et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI);
- si, au moment de la sortie, la personne assurée a atteint l'âge de la retraite;
- si le domicile de la personne assurée est situé à l'étranger;
- si la personne assurée ne dispose d'aucun permis de séjour qui l'autorise à exercer une activité lucrative en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein;
- si la personne assurée n'a pas rempli son obligation d'information ainsi qu'en cas de tentative ou d'escroquerie à l'assurance;
- pour le chef d'entreprise (sous réserve de l'article 17 chiffre 1 lit. b);
- pour le conjoint ou partenaire au sens de la Loi fédérale sur le partenariat (LPart) et les autres membres de la famille du chef d'entreprise au sens de l'AVS pour autant qu'ils travaillent dans l'entreprise assurée, et pour lesquels il ne préleve aucune cotisation AVS (sous réserve de l'article 17 chiffre 1, lit. b);
- en cas de résiliation du présent contrat à la suite de la conclusion d'un nouveau contrat auprès d'un autre assureur qui, en vertu de la convention de libre passage signée entre les assureurs d'indemnités journalières maladie, est tenu de garantir le maintien de la couverture d'assurance;
- pour l'assurance du droit au salaire en cas de décès;
- pour l'assurance des auxiliaires dans l'agriculture.

Article 18 Que faut-il savoir sur la durée du contrat?

1. Résiliation sur sinistre

Lors de chaque sinistre pour lequel la Société doit servir une prestation, le preneur d'assurance peut résilier le contrat par écrit au plus tard 14 jours après réception du paiement final.

Si le contrat est résilié, l'obligation contractuelle de servir des prestations s'éteint 14 jours après réception de la résiliation par la Société.

L'assureur conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours si le preneur d'assurance résilie le contrat durant l'année qui suit sa conclusion.

La Société renonce à son droit de résiliation en cas de sinistre. De meurent réservés les motifs juridiques de résolution dans les cas d'abus ou de tentatives d'abus vis-à-vis de l'assurance.

2. Renouvellement tacite

Si le contrat n'est pas résilié par écrit au moins trois mois avant l'expiration de la durée contractuelle convenue, il se renouvelle tacitement pour une année.

Article 19 A qui faut-il adresser les communications?

Tous les avis ou communications du preneur d'assurance, ou de la personne assurée, sont à adresser à l'agence générale compétente mentionnée dans la police ou à la Direction générale de la Société.

Article 20 Où se trouve le for?

En cas de litiges, dans le cadre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie souscrite par un employeur pour ses employés, leur lieu de travail en Suisse est également reconnu comme for juridique.