



Assurance collective d'indemnités journalières

Conditions générales d'assurance (CGA)

Information à la clientèle selon la LCA

Information à la clientèle

La présente information à la clientèle donne un aperçu sur l'identité de l'assureur et les principaux éléments du contrat d'assurance selon l'art. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les droits et obligations des parties contractantes découlent de la proposition d'assurance, resp. de la police d'assurance, des Conditions générales d'assurance, ainsi que des lois applicables, en particulier de la LCA.

Qui est l'assureur?

L'assureur est CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA, ci-après dénommée CONCORDIA, dont le siège statutaire est à la Bundesplatz 15, 6002 Lucerne. CONCORDIA est une société anonyme de droit suisse.

Quels sont les risques assurés et quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

L'assurance couvre les conséquences financières inhérentes aux risques suivants:

- maladie et/ou
- accident et/ou
- maternité.

Les risques concrètement assurés ainsi que l'étendue de la couverture d'assurance résultent de la proposition d'assurance resp. de la police d'assurance, ainsi que des Conditions générales d'assurance.

Aucune couverture d'assurance pour les incapacités de travail n'existe entre autres en cas de suicide ou tentatives de suicide ou d'automutilations.

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- lorsque le preneur d'assurance, resp. l'assuré ne satisfait pas à ses obligations et devoirs vis-à-vis de l'assureur, à moins qu'il ne prouve que cette transgression a eu lieu sans faute de sa part;
- en cas d'accidents consécutifs à une entreprise téméraire.

Les prestations assurées par le biais de l'Assurance collective d'indemnités journalières sont réduites des prestations d'autres assurances privées et sociales ainsi que du revenu professionnel pouvant être obtenu dans les limites de ce qui peut être exigé.

D'autres exclusions et réductions résultent des Conditions générales d'assurance.

À combien s'élève la prime?

Le montant de la prime dépend de l'âge, du sexe, de la profession, de l'activité ou du domicile de droit civil de la personne assurée, des risques assurés, du montant de l'indemnité journalière et du délai d'attente, ainsi que de la durée convenue des prestations. Toutes les données relatives à la prime sont indiquées dans la proposition d'assurance, resp. dans la police d'assurance.

A l'échéance du contrat, l'assureur peut adapter avec le preneur d'assurance les primes à la structure d'âge modifiée des assurés et/ou à l'évolution des sinistres depuis le début du contrat.

Quand la prime doit-elle être payée?

La prime annuelle doit être payée d'avance au 1^{er} janvier de chaque année ou - en cas de paiement par acomptes - au 1^{er} de chaque mois.

Quelles sont les autres obligations de la personne assurée?

- **Obligation de réduire le dommage:** en cas d'incapacité de travail inhérente à une maladie ou un accident, la personne assurée doit se soumettre aussi rapidement que possible à un traitement médical adéquat. Elle est tenue de se conformer aux prescriptions du médecin. Si elle présente une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle, elle est dans l'obligation d'exploiter une éventuelle capacité de travail restante.
- **Obligation de déclarer:** l'événement assuré doit être immédiatement annoncé à CONCORDIA.
- **Obligation de collaborer:** la personne assurée doit fournir à CONCORDIA des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne le cas d'assurance (maladie, accident, maternité) ainsi que sur les maladies et accidents antérieurs, et délie le professionnel de la santé (médecin, etc.) qui la traite ou l'a traitée du secret professionnel à l'égard de CONCORDIA. Elle est tenue de

s'annoncer auprès des assurances sociales entrant en ligne de compte, en particulier auprès de l'office AI, en vue de l'octroi de prestations, si un médecin ou l'assureur le lui ordonne. Elle est tenue de se soumettre, sur ordre de l'assureur, à des examens médicaux supplémentaires.

D'autres obligations résultent des Conditions générales d'assurance, ainsi que de la LCA.

Quand débute l'assurance?

La protection d'assurance produit ses effets pour les assurés jouissant d'une pleine capacité de travail aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la proposition d'assurance resp. la déclaration individuelle d'adhésion, au plus tôt cependant le jour du début proposé de l'assurance, resp. le jour indiqué dans la police.

Quelle est la durée du contrat?

L'assurance est conclue pour la durée fixée dans le contrat, pour la fin d'une période d'assurance (année civile) et se renouvelle tacitement d'année en année à l'échéance de la durée du contrat.

Quand prend fin le contrat?

La protection d'assurance prend fin:

- par le décès de la personne assurée;
- par la cessation de l'activité lucrative;
- lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des personnes assurées, notamment en cas de cessation de l'activité pour le compte du preneur d'assurance. L'assuré peut en règle générale passer dans l'Assurance individuelle d'indemnités journalières TOP dans les 3 mois suivant la réception de l'information relative à son droit de passage;
- par l'extinction du contrat d'assurance. L'assuré peut en règle générale passer dans l'Assurance individuelle d'indemnités journalières TOP dans les 3 mois suivant la réception de l'information relative à son droit de passage;
- en cas de faillite du preneur d'assurance, à l'ouverture de la faillite;
- à la perception d'une rente de l'AVS;
- lorsque la durée maximale convenue des prestations est atteinte;
- en cas de séjours hors du territoire suisse après 12 mois, à l'exception des séjours à l'étranger pour le compte de l'employeur;
- en cas d'interruption de travail (excepté le chômage) d'une durée supérieure à 30 jours, pour autant qu'il n'y ait aucun droit au salaire pour cette période.

Moyennant un préavis de trois mois, l'assurance peut être résiliée par écrit au plus tôt pour la fin de la durée du contrat et ensuite pour la fin de chaque période d'assurance. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du préavis de trois mois.

De plus, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance par écrit en cas de modifications des tarifs de primes pour la fin de la période d'assurance en cours. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours.

De plus, CONCORDIA est en droit de résilier le contrat:

- si un fait important a été omis ou inexactement déclaré (violation de l'obligation de déclarer/réticence).

CONCORDIA peut se départir du contrat:

- si le preneur d'assurance n'a pas payé la prime en souffrance après en avoir été sommé et que CONCORDIA renonce à recouvrer la prime arriérée;
- en cas d'escroquerie à l'assurance.

D'autres éventualités entraînant la fin du contrat résultent des Conditions générales d'assurance ainsi que de la LCA.

Comment CONCORDIA traite-t-elle les données?

CONCORDIA traite des données provenant des documents contractuels ou issues de l'exécution du contrat, et les utilise en particulier pour la détermination de la prime, pour l'appréciation du risque, pour le traitement de cas d'assurance, pour les évaluations statistiques, ainsi qu'à des fins de marketing. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. Dans la mesure nécessaire, CONCORDIA peut transmettre ces données pour traitement aux tiers participant à l'exécution du contrat. CONCORDIA est en outre autorisée à requérir tout renseignement pertinent auprès d'autorités et de tiers, en particulier en ce qui concerne l'évolution du cas d'assurance. Cette autorisation s'applique indépendamment de la conclusion du contrat. La personne assurée a le droit de demander à CONCORDIA les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données qui la concernent.



Assurance collective d'indemnités journalières

Conditions générales d'assurance (CGA)

<p>I. Généralités</p> <p>Bases 1</p> <p>Assureur, preneur d'assurance 2</p> <p>Entreprise assurée 3</p> <p>Personnes assurées 4</p> <p>II. Étendue de l'assurance</p> <p>Objet de l'assurance 5</p> <p>Champ d'application territorial 6</p> <p>III. Définitions</p> <p>Forme masculine et féminine 7</p> <p>Assurance de dommage 8</p> <p>Médecin 9</p> <p>Incapacité de travail 10</p> <p>Maladie 11</p> <p>Accident 12</p> <p>Rechute, nouveau cas d'assurance 13</p> <p>Période d'assurance 14</p> <p>IV. Début et fin de l'assurance</p> <p>Possibilités d'admission 15</p> <p>Assurance sans examen de l'état de santé 16</p> <p>Début du contrat en cas d'assurance sans examen de l'état de santé 17</p> <p>Assurance avec examen de l'état de santé 18</p> <p>Résultat de l'examen de l'état de santé 19</p> <p>Début du contrat en cas d'assurance avec examen de l'état de santé 20</p> <p>Durée du contrat 21</p> <p>Fin de l'assurance 22</p> <p>Congés non payés 23</p> <p>Résiliation 24</p> <p>Renoncement au droit légal de se départir du contrat 25</p> <p>Extinction du droit aux prestations 26</p> <p>Droit de passage 27</p> <p>V. Prestations assurées</p> <p>Droit aux prestations 28</p> <p>Calcul des prestations en fonction du salaire 29</p> <p>Délai d'attente 30</p> <p>Durée des prestations 31</p> <p>Résidents de courte durée et travailleurs saisonniers 32</p> <p>Prestations à l'étranger 33</p> <p>Grossesse 34</p> <p>Accouchement 35</p>	<p>Art.</p>	<p>VI. Primes</p> <p>Adaptation des primes 36</p> <p>Tarif de primes 37</p> <p>Echéance, paiement des primes 38</p> <p>Prime par avance 39</p> <p>Décompte de primes 40</p> <p>Somation, retard dans le paiement 41</p> <p>Remboursement des primes 42</p> <p>Participation aux excédents 43</p> <p>VII. Obligations et justification des prétentions</p> <p>Obligations et devoirs 44</p> <p>Justification des prétentions 45</p> <p>VIII. Restrictions de la protection d'assurance</p> <p>Exclusions 46</p> <p>Réduction et refus de prestations 47</p> <p>Négligence grave 48</p> <p>Pluralité d'assurances 49</p> <p>Versement des prestations, surindemnisation et demande de restitution 50</p> <p>Avance de prestations et recours 51</p> <p>IX. Divers</p> <p>Compensation, cession et mise en gage 52</p> <p>Obligation d'informer du preneur d'assurance 53</p> <p>Exécution 54</p> <p>Communications 55</p> <p>For 56</p> <p>I. Généralités</p> <p>1 Bases</p> <p>1.1 Les bases du contrat sont constituées par:</p> <p>1.1.1 les Conditions générales d'assurance (CGA), les éventuelles Conditions complémentaires d'assurance (CCA) ainsi que les dispositions de la police et des avenants éventuels;</p> <p>1.1.2 les déclarations écrites que le preneur d'assurance (proposant) et les assurés (les personnes à assurer) font dans la proposition, dans le rapport du médecin consultant et dans d'autres documents.</p> <p>1.2 Les dispositions divergentes des Conditions complémentaires d'assurance ont la priorité sur ces CGA.</p> <p>1.3 Dans la mesure où un état de fait n'est pas réglé</p>
---	-------------	--

expressément dans ces documents, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 est déterminante.

2 Assureur, preneur d'assurance

- 2.1 L'assureur au sens des dispositions suivantes est CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA, ci-après nommée CONCORDIA, Lucerne.
- 2.2 Est réputée preneur d'assurance la personne physique ou morale qui conclut le contrat d'assurance.

3 Entreprise assurée

Est réputée entreprise assurée toute entreprise principale et auxiliaire mentionnée en particulier dans la police.

4 Personnes assurées

- 4.1 Sont assurés les personnes ou groupes de personnes mentionnés dans la police.
- 4.2 Le propriétaire de l'entreprise ainsi que les membres de sa famille qui collaborent à l'entreprise, mais ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, ne sont coassurés que dans la mesure où ils sont mentionnés nommément dans la police.

II. Étendue de l'assurance

5 Objet de l'assurance

- 5.1 Dans le cadre des dispositions ci-après et dans les limites des prestations fixées dans la police, ainsi que dans les éventuelles Conditions complémentaires d'assurance (CCA), l'assureur garantit une protection d'assurance pour les conséquences économiques engendrées par une incapacité de travail par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident.
- 5.2 L'assurance est une assurance de dommage.

6 Champ d'application territorial

- 6.1 L'assurance est valable dans le monde entier.
- 6.2 Pour les assurés qui séjournent hors du territoire suisse, la protection d'assurance s'éteint après 12 mois.

III. Définitions

7 Forme masculine et féminine

La forme masculine choisie dans les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) et les autres dispositions est également valable pour les personnes de sexe féminin.

8 Assurance de dommage

L'assurance de dommage couvre la perte de gain subie par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident, étant entendu que la

poursuite du versement du salaire par l'employeur ainsi que les prestations d'autres assurances privées et sociales ou d'autres débiteurs sont imputées. Le versement de la prestation assurée dépend de la question de savoir, si et dans quelle mesure la personne assurée a subi un dommage par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident. L'art. 50 s'applique.

9 Médecin

Est réputé médecin tout médecin et chiropraticien admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

10 Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail si, en raison d'une maladie assurée ou d'un accident assuré, l'assuré est totalement ou partiellement incapable d'exercer son métier actuel ou une autre activité lucrative que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui. On peut raisonnablement exiger qu'une autre activité lucrative soit exercée lorsqu'elle est adaptée aux connaissances, aux capacités et à l'ancienne situation personnelle de la personne assurée.

11 Maladie

Par maladie, on entend tout trouble de la santé physique ou mentale, indépendant de la volonté de l'assuré et médicalement décelable, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas dû à un accident, à une lésion corporelle assimilée à un accident ou à une maladie professionnelle, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

12 Accident

- 12.1 Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, ainsi que les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.
- 12.2 Les accidents non professionnels ne sont coassurés que pour les personnes travaillant au moins 8 heures par semaine dans l'entreprise assurée.

13 Rechute, nouveau cas d'assurance

- 13.1 Les maladies et accidents liés médicalement à d'anciens cas de maladie ou d'accident sont considérés comme rechute.
- 13.2 Il y a un nouveau cas d'assurance lorsque l'assuré, sur la base de la même cause, n'a été ni traité par un médecin ni totalement ou partiellement incapable de travailler durant au moins 180 jours.
- 13.3 Lorsqu'un nouveau cas de maladie entraîne, à la suite d'un cas d'assurance avec droit à prestations, une nouvelle incapacité de travail avec une autre origine, alors les deux cas de maladie sont équivalents

à un seul cas de maladie en ce qui concerne la durée des prestations, si entre les deux il n'y a pas eu une capacité de travail complète d'au moins 30 jours.

14 Période d'assurance

L'année civile est réputée période d'assurance.

IV. Début et fin de l'assurance

15 Possibilités d'admission

15.1 L'admission dans l'assurance a lieu avec ou sans examen de l'état de santé. Le type d'admission est fixé dans la police.

15.2 L'admission de personnes invalides et/ou en incapacité partielle de travail n'est possible que sur la base d'un accord particulier et avec examen de l'état de santé.

15.3 L'admission de personnes percevant une rente de l'AVS n'est pas possible.

16 Assurance sans examen de l'état de santé

Si aucun examen de l'état de santé n'est requis pour l'assurance, l'admission aura lieu sans déclaration individuelle d'adhésion. Aucune réserve ne sera émise.

17 Début du contrat en cas d'assurance sans examen de l'état de santé

17.1 Les personnes à assurer qui, le jour de l'entrée en vigueur de l'assurance, jouissent d'une pleine capacité de travail, bénéficient de la protection d'assurance aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la proposition, au plus tôt cependant le jour du début proposé de l'assurance, resp. le jour indiqué dans la police.

17.2 Pour les travailleurs admis ultérieurement, l'assurance produit ses effets dès le jour où ils commencent le travail, dans la mesure où ils jouissent d'une pleine capacité de travail à ce moment-là.

17.3 Pour les personnes à assurer qui, le jour de l'entrée en vigueur prévue de l'assurance, sont totalement ou partiellement en incapacité de travail, la protection d'assurance définitive est valable au plus tôt à partir du jour où ils recouvrent leur pleine capacité de travail. Si des assurés ont, sur la base d'une convention de libre passage, droit à des conditions plus favorables, celles-ci sont applicables.

18 Assurance avec examen de l'état de santé

18.1 En vue de l'admission dans l'assurance, il y a lieu de remplir sincèrement et complètement, pour chaque personne à assurer lors de la conclusion du contrat, et pour les travailleurs admis ultérieurement au plus tard dans les 14 jours qui suivent le commencement de leur travail, la déclaration individuelle d'adhésion prévue à cet effet et de l'envoyer à l'assureur. Il en

va de même pour les indications complémentaires demandées le cas échéant.

18.2 L'assureur peut subordonner sa décision au résultat d'un examen médical qu'il ordonne.

18.3 Si, lors de la conclusion de l'assurance, le proposant ou l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, notamment des maladies ou suites d'accident existant au moment de la proposition d'assurance ou ayant existé antérieurement, l'assureur est alors en droit de résilier par écrit, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la violation de l'obligation de déclarer, la partie du contrat qui en est concernée. La résiliation prend effet à la réception de la notification par le preneur d'assurance.

19 Résultat de l'examen de l'état de santé

En fonction du résultat de l'examen de l'état de santé, l'assureur peut:

19.1 accorder l'admission sans réserve dans l'assurance;

19.2 exclure de l'assurance les maladies et accidents existant au moment de la demande d'assurance ou ayant existé antérieurement;

19.3 refuser l'admission dans l'assurance.

20 Début du contrat en cas d'assurance avec examen de l'état de santé

La protection d'assurance produit ses effets aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la déclaration individuelle d'adhésion, au plus tôt cependant le jour du début proposé de l'assurance resp. le jour indiqué dans la police.

21 Durée du contrat

L'assurance est conclue pour la durée fixée dans le contrat, pour la fin d'une période d'assurance (année civile) et se renouvelle tacitement d'année en année à l'échéance de la durée du contrat.

22 Fin de l'assurance

La protection d'assurance pour les différents assurés prend fin:

22.1 par le décès de la personne assurée;

22.2 par la cessation de l'activité lucrative;

22.3 lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des personnes assurées, notamment en cas de cessation de l'activité pour le compte du preneur d'assurance;

22.4 par l'extinction du contrat d'assurance;

22.5 en cas de faillite du preneur d'assurance, à l'ouverture de la faillite;

22.6 à la perception d'une rente de l'AVS;

22.7 lorsque la durée maximale convenue des prestations est atteinte;

22.8 en cas d'interruption de travail (excepté le chômage) d'une durée supérieure à 30 jours, pour autant qu'il n'y ait aucun droit au salaire pour cette période. La

- protection d'assurance ne cesse pas de produire ses effets pendant les interruptions de travail par suite de maladie, d'accident ou de service dans l'armée suisse ou dans la protection civile;
- 22.9 en cas de séjours hors du territoire suisse après 12 mois, à l'exception des séjours à l'étranger pour le compte de l'employeur.

23 Congés non payés

Pendant des congés non payés allant jusqu'à 180 jours, sans dissolution des rapports de travail, la protection d'assurance est maintenue. Cependant, le droit aux prestations est suspendu durant cette période. Le délai d'attente commence à courir le jour de la reprise prévue du travail.

24 Résiliation

- 24.1 Moyennant un préavis de trois mois, l'assurance peut être résiliée au plus tôt pour la fin de la durée convenue du contrat et ensuite pour la fin de chaque période d'assurance (art. 14).
- 24.2 De plus, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance en cas de modifications des tarifs de primes selon les dispositions de l'art. 37.
- 24.3 La résiliation doit être déclarée par écrit. Elle est donnée dans les délais impartis lorsque l'assureur resp. le preneur d'assurance la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du délai de résiliation.

25 Renoncement au droit légal de se départir du contrat

L'assureur renonce expressément à user du droit que lui confère la loi, de résilier le contrat après la survenance d'un événement assuré, à moins que le preneur d'assurance, resp. l'assuré n'ait commis une réticence ou qu'il n'ait fait ou tenté de faire un usage abusif de l'assurance.

26 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations (y compris les prestations pour une incapacité de travail existante) s'éteint à la fin de l'assurance. La demande de restitution de l'assureur en cas de violation de l'obligation de déclarer demeure réservée.

27 Droit de passage

- 27.1 Lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat d'assurance prend fin (art. 22.4), l'assuré domicilié en Suisse dispose au maximum de trois mois après réception de l'information relative au droit de passage pour demander la conclusion auprès de l'assureur de l'assurance individuelle d'indemnités journalières TOP d'une hauteur et d'une durée identiques aux prestations jusqu'ici assurées. Cette assurance sera acceptée par l'assureur selon les lignes directrices suivantes:

- 27.1.1 Pour l'appréciation de l'état de santé, c'est le moment de l'admission dans l'assurance collective qui est déterminant.
- 27.1.2 La nouvelle prime sera calculée selon le tarif de l'Assurance individuelle d'indemnités journalières TOP.
- 27.2 Les prestations éventuelles touchées sur la base du contrat collectif seront imputées dans leur étendue et leur durée sur les prestations de l'Assurance individuelle d'indemnités journalières TOP.
- 27.3 Il n'existe aucun droit de passage dans l'assurance individuelle:
- en cas de changement d'emploi et de passage dans l'assurance d'indemnités journalières du nouvel employeur;
 - en cas de résiliation du contrat et du maintien de celui-ci auprès d'un autre assureur pour le même cercle de personnes, dans la mesure où le nouvel assureur doit garantir le maintien de la protection d'assurance sur la base d'une convention de libre passage;
 - en cas de sortie du cercle des personnes assurées avant expiration de la période d'essai convenue;
 - en cas de cessation de l'activité rémunérée;
 - en cas de perception d'une rente de l'AVS;
 - pour les frontaliers.

V. Prestations assurées

28 Droit aux prestations

- 28.1 Les prestations assurées se calculent en vertu des accords contractuels.
- 28.2 Le droit aux prestations prend naissance lorsque la personne assurée est totalement ou partiellement en incapacité de travail, conformément à la constatation médicale, et que l'incapacité de travail a existé pendant une durée supérieure au délai d'attente fixé dans le contrat. Le droit aux prestations existe au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical et au maximum pendant la durée convenue des prestations.
- 28.3 En cas d'incapacité partielle de travail, la prestation est calculée en fonction du degré de l'incapacité de travail. Une incapacité de travail inférieure à 25 % ne donne pas droit aux prestations.
- 28.4 Si l'incapacité de travail n'est due qu'en partie à la maladie ou à l'accident, l'assureur n'allouera que la part correspondante des prestations. L'art. 28.3 s'applique également dans ce cas.

29 Calcul des prestations en fonction du salaire

- 29.1 Le dernier salaire soumis à l'AVS, y compris l'éventuel 13^e mois de salaire, touché avant l'incapacité de travail sert de base pour le calcul des prestations. Ce salaire est converti en gain annuel et divisé par 365. Pour les personnes non soumises à l'AVS, les normes de l'AVS sont également applicables. Les

augmentations de salaire éventuelles pendant la durée de l'incapacité de travail ne sont pas prises en considération.

- 29.2 Si le gain est soumis à des fluctuations considérables (p. ex. chez les personnes touchant des provisions, exerçant irrégulièrement une activité temporaire), le calcul du droit aux prestations se base sur le salaire touché dans les 12 mois avant la maladie, divisé par 365. En cas d'une durée d'emploi de moins de 12 mois dans l'entreprise assurée, le calcul se fait sur la base du salaire évalué sur 12 mois.
- 29.3 Dans la mesure où le contrat ne prévoit pas d'autre réglementation, le revenu assurable par personne et par année est limité au double du montant maximal du gain assuré valable dans l'assurance-accidents obligatoire.

30 Délai d'attente

- 30.1 Le délai d'attente commence à courir le premier jour de l'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical.
- 30.2 Les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours d'incapacité totale de travail pour le calcul du délai d'attente.
- 30.3 S'il n'en a pas été convenu autrement dans le contrat, le délai d'attente est calculé séparément pour chaque cas d'assurance. Les rechutes selon l'art. 13 demeurent réservées.

31 Durée des prestations

- 31.1 Les prestations assurées sont versées pour la durée convenue contractuellement.
- 31.2 Lorsque des prestations réduites sont versées par suite d'une incapacité partielle de travail ou en raison de prestations de tiers, les jours avec une prestation réduite sont considérés comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations.
- 31.3 Lorsque le maintien de l'assurance a été convenu pour les assurés qui atteignent l'âge ouvrant le droit à une rente de l'AVS et si l'assuré continue d'exercer une activité lucrative, il existe encore un droit aux prestations pour 180 jours au total, dans la mesure où la durée des prestations prévue dans la police n'est pas atteinte auparavant.
- 31.4 L'assuré ne peut pas empêcher l'expiration de la durée maximale convenue des prestations en renonçant aux prestations.
- 31.5 Les délais d'attente sont imputés à la durée maximale des prestations.

32 Résidents de courte durée et travailleurs saisonniers

Pendant la saison intermédiaire, les résidents de courte durée et les travailleurs saisonniers n'ont pas droit à des prestations. Lors de la nouvelle saison, les prestations sont versées après le début de la saison au taux de l'année précédente, dans la mesure

où il est prouvé que la personne concernée aurait obtenu un permis de travail et occupé un emploi saisonnier si elle avait été en capacité de travail.

33 Prestations à l'étranger

- 33.1 Sur présentation d'un certificat médical attestant l'incapacité de travail ainsi que le diagnostic médical, les prestations sont versées pendant un séjour de vacances à l'étranger aussi longtemps que le retour au domicile ne peut pas être raisonnablement exigé de l'assuré.
- 33.2 Pour les assurés étrangers qui séjournent à l'étranger, le droit aux prestations s'éteint au plus tard à l'expiration du délai, au terme duquel l'employeur n'est plus tenu de verser le salaire sur la base des dispositions légales. En sont exceptés les séjours hospitaliers ainsi que les séjours à l'étranger sur ordre de l'employeur. Cette restriction n'est pas applicable aux frontaliers tant qu'ils séjournent à leur lieu de résidence ou dans les environs.
- 33.3 Lorsqu'un assuré en incapacité de travail se rend à l'étranger sans l'agrément de l'assureur, il perd son droit aux prestations d'assurance.

34 Grossesse

- 34.1 En cas de grossesse, un droit aux prestations n'existe qu'en cas d'incapacité de travail attestée par un médecin suite à des complications.
- 34.2 Les prestations assurées ne sont allouées que si la protection d'assurance a existé pendant au moins une année avant le terme prévu de l'accouchement.

35 Accouchement

- 35.1 Une indemnité d'accouchement peut être convenue contractuellement en complément à l'allocation de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (LAPG). Si une grossesse existe déjà au moment de l'admission dans l'assurance, aucune indemnité d'accouchement ne sera versée.
- 35.2 Le délai d'attente convenu est imputé à la durée des prestations.
- 35.3 Dans la mesure où aucune indemnité d'accouchement n'est convenue, l'obligation à prestations est suspendue pendant huit semaines après l'accouchement. Si l'activité lucrative n'est pas reprise d'ici la 16^e semaine suivant l'accouchement, l'obligation à prestations est suspendue jusqu'à ce moment.

VI. Primes

36 Adaptation des primes

A l'échéance du contrat et en respectant le délai de résiliation contractuel, l'assureur peut adapter avec le preneur d'assurance les primes à la structure d'âge modifiée des assurés et/ou à l'évolution des sinistres depuis le début du contrat.

37 Tarif de primes

Si le tarif de primes change pendant la durée du contrat, l'assureur peut exiger l'adaptation du contrat à partir de la période d'assurance subséquente. A cet effet, il doit communiquer par écrit au preneur d'assurance les nouvelles conditions du contrat 30 jours avant l'expiration de la période d'assurance. Si un tel changement entraîne une augmentation des primes, le preneur d'assurance a le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Si le preneur d'assurance omet de procéder à la résiliation, il est censé avoir accepté l'adaptation des primes.

38 Echéance, paiement des primes

- 38.1 La prime annuelle doit être payée par avance. Elle échoit au 1^{er} janvier de chaque année, et lors d'un début de l'assurance en cours d'année, à la date d'envoi de la facture pour la période restante de l'année.
- 38.2 Un paiement par acomptes, moyennant un supplément de primes, peut être convenu. Les acomptes doivent également être payés par avance.
- 38.3 Si un paiement par acomptes est convenu, les acomptes arrivant à échéance au cours de l'année sont considérés uniquement comme différés.
- 38.4 Lorsque le preneur d'assurance est en retard dans le paiement d'un acompte convenu, le solde de la prime pour la période d'assurance en cours est payable immédiatement.

39 Prime par avance

Au début de chaque année civile, une prime par avance à concurrence de la prime annuelle probable est établie, celle-ci étant payable soit annuellement soit par acomptes semestriels ou trimestriels, en fonction du mode de paiement choisi.

40 Décompte de primes

- 40.1 Le décompte définitif des primes a lieu à la fin de l'année civile sur la base de la somme des salaires soumis aux normes de l'AVS, versée durant l'année d'assurance écoulée et que le preneur d'assurance doit indiquer sur le formulaire prévu à cet effet.
- 40.2 La prime annuelle définitive est fixée à la fin de chaque année civile. A cet effet, l'assureur fait parvenir le formulaire nécessaire au preneur d'assurance en l'invitant à lui communiquer les indications entrant

en ligne de compte pour l'établissement du décompte de primes. Si le preneur d'assurance ne retourne pas le formulaire mentionné dans un délai raisonnable à compter du jour où il a reçu l'invitation, l'assureur le sommera de rattraper cette omission dans les 14 jours qui suivent l'envoi de la sommation. Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.

- 40.3 Les paiements complémentaires ou les remboursements sont payables dans les 30 jours à compter de l'envoi du décompte définitif des primes.
- 40.4 L'assureur peut contrôler en tout temps l'exactitude des indications du preneur d'assurance et consulter les livres et justificatifs de ce dernier. Si le preneur d'assurance refuse cette vérification ou s'il fournit des indications intentionnellement incorrectes, l'assureur n'est plus lié par le contrat à partir de ce moment-là.

41 Sommation, retard dans le paiement

- 41.1 Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit de payer les primes en souffrance dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation mentionnera les conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.
- 41.2 Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation selon l'art. 41.1, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.
- 41.3 Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été payée, intérêts et frais y compris. L'assureur n'est pas tenu de verser des prestations pour des cas d'assurance qui se sont produits pendant la durée du retard. L'intérêt moratoire à partir de l'échéance des primes s'élève à 6%.

42 Remboursement des primes

- 42.1 Si, pour des raisons légales ou contractuelles, le contrat est annulé avant l'expiration de la durée convenue du contrat, l'assureur rembourse la part de la prime acquittée pour la période d'assurance non échue resp. renonce à exiger le paiement d'acomptes arrivant à échéance ultérieurement. Les frais d'administration occasionnés à l'assureur demeurent réservés.
- 42.2 Cette réglementation n'est pas applicable si le preneur d'assurance résilie le contrat en cas de sinistres avant l'expiration de la première année d'assurance.

43 Participation aux excédents

- 43.1 À la fin de chaque période de décompte convenue, le preneur d'assurance reçoit une part des excédents éventuels découlant de son contrat, dans la mesure où une telle participation a été convenue.
- 43.2 Si aucune période dérogatoire n'a été convenue, le preneur d'assurance reçoit par période de trois années d'assurance (période de décompte du 1^{er} janvier au 31 décembre) une part convenue contractuellement des excédents nets du contrat.
- 43.3 Les excédents nets sont obtenus en déduisant de la somme des primes des trois années d'assurance les prestations d'assurance versées durant cette période et une part des primes, fixée contractuellement, pour les provisions, réserves et frais d'administration. Les primes, ainsi que les prestations d'assurance versées pour les assurés qui sont passés de l'Assurance collective d'indemnités journalières à l'Assurance individuelle d'indemnités journalières TOP, sont également prises en considération pour le calcul des excédents nets.
- 43.4 Le droit à la participation aux excédents s'éteint en cas de résiliation du contrat avant la fin d'une période de décompte.

VII. Obligations et justification des prétentions

44 Obligations et devoirs

- 44.1 Lorsqu'une incapacité de travail donne probablement droit à des prestations de l'assureur, il y aura lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations.
- 44.2 L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs de prestations tout document et renseignement complémentaire, notamment des certificats médicaux. De plus, le preneur d'assurance resp. l'assuré doit fournir des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne l'incapacité de travail ainsi que les maladies et accidents antérieurs. À la demande de l'assureur, l'assuré délie les fournisseurs de prestations qui le traitent ou l'ont traité, du secret professionnel à l'égard de l'assureur.
- 44.3 L'assuré est tenu de se soumettre, sur ordre de l'assureur, à des examens médicaux supplémentaires.
- 44.4 L'assureur se réserve le droit d'entreprendre, en tout temps, des visites d'encadrement et de contrôle auprès des assurés en incapacité de travail.
- 44.5 L'assuré présentant une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle est dans l'obligation d'exploiter une éventuelle capacité de travail restante (obligation de restreindre le dommage). Une activité

raisonnable dans le cadre d'une autre profession ou domaine professionnel sera prise en considération.

- 44.6 L'assuré est tenu de s'annoncer auprès des assurances sociales entrant en ligne de compte, en particulier auprès de l'office AI, en vue de l'octroi de prestations, si un médecin ou l'assureur le lui ordonne.

45 Justification des prétentions

- 45.1 La justification des prétentions doit se faire par le preneur d'assurance sur le formulaire mis à disposition par l'assureur.
- 45.2 Les incapacités de travail de personnes assurées doivent être déclarées à l'assureur au plus tard dans les cinq jours qui suivent l'échéance du délai d'attente convenu, mais en tout cas dans les 30 jours à partir du début de l'incapacité de travail. L'avis sera accompagné d'une attestation médicale. Lorsque l'avis est donné tardivement sans raison valable, le droit aux prestations prend naissance au plus tôt le jour de la réception de l'avis.
- 45.3 Si parallèlement à l'assureur, d'autres assureurs sociaux ou privés (p. ex. assurance-invalidité, assurance militaire, assurance-accidents, prévoyance professionnelle, autres assurances d'indemnités journalières) sont également tenus de verser des prestations pour une incapacité de travail, les prestations assurées ne seront allouées que si le cas d'assurance est déclaré en temps opportun auprès de toutes les assurances concernées. Il y aura lieu de remettre à l'assureur, outre les documents mentionnés aux art. 45.1 et 45.2, également la confirmation de déclaration d'assurance, les décomptes et éventuelles décisions des autres organismes assureurs.
- 45.4 Pour faire valoir le droit à une indemnité d'accouchement convenue contractuellement, un certificat médical qui renseigne sur la durée de la grossesse et la date de l'accouchement, doit être envoyé à l'assureur.

VIII. Restrictions de la protection d'assurance

46 Exclusions

Sont exclus de l'assurance les suites:

- 46.1 d'événements belliqueux en Suisse et à l'étranger. Cependant, si l'assuré est surpris par l'éclatement de ces faits dans le pays où il séjourne, la garantie d'assurance déploie encore ses effets pendant les 14 jours qui suivent la première survenance de ces événements;
- 46.2 de service militaire étranger;
- 46.3 de participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme;

- 46.4 d'effets de radiations ionisantes et les dommages consécutifs aux effets de l'énergie atomique;
- 46.5 de suicide ou tentatives de suicide ou d'automutilations.
- 47 Réduction et refus de prestations**
Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:
- 47.1 lorsque le preneur d'assurance resp. l'assuré ne satisfait pas à ses obligations et devoirs (art. 44) vis-à-vis de l'assureur, à moins qu'il ne prouve que cette transgression a eu lieu sans faute de sa part;
- 47.2 en cas d'accidents consécutifs à une entreprise téméraire. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre ou sans pouvoir prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables. Les définitions de l'assurance-accidents obligatoire font foi.
- 48 Négligence grave**
L'assureur renonce au droit que lui confère la loi de réduire les prestations lorsque l'événement assuré est provoqué par une négligence grave.
- 49 Pluralité d'assurances**
Si des contrats d'assurance privée existent auprès de plusieurs assureurs tenus de verser des prestations, les prestations seront versées globalement une seule fois. Dans ce cas, le montant des prestations que chaque assureur devrait verser en fonction de l'assurance existante chez lui s'il avait été le seul à les assurer sera déterminé et servira à calculer la somme totale de ces prestations. Dans le versement global des prestations, chaque assureur ne devra prendre en charge que ce qui correspond à sa part de cette somme totale.
- 50 Versement des prestations, surindemnisation et demande de restitution**
- 50.1 Le droit contractuel issu de l'Assurance collective d'indemnités journalières est réduit des prestations d'autres assurances privées et sociales ainsi que du revenu professionnel pouvant être obtenu dans les limites de ce qui peut être exigé (art. 44.5). Dans tous les cas, ce sera tout au plus la prestation contractuelle qui sera versée.
- 50.2 En cas d'une éventuelle obligation à prestations de la part d'assureurs sociaux, l'assureur est en droit de revendiquer, directement auprès d'eux, la restitution des prestations qu'il a fournies à titre d'acomptes. L'assureur exige directement de l'assurance-invalidité fédérale la restitution en particulier des prestations qu'il fournit eu égard à une rente invalidité et ceci à partir du début de la rente. Le montant de la demande de restitution correspond à celui de la surindemnisation selon l'art. 50.1.
- 50.3 Lorsque l'assuré a recours à l'assureur en lieu et place du tiers responsable ou de l'assureur responsabilité civile de ce dernier, il doit céder ses droits à l'assureur jusqu'à concurrence des prestations versées.
- 50.4 Les indemnisations assumées par un tiers responsable ou par son assureur responsabilité civile sont déduites des prestations de l'assureur.
- 50.5 L'Assurance collective d'indemnités journalières ne couvre pas les réductions éventuelles effectuées dans d'autres assurances.
- 50.6 Les prestations perçues à tort sont à rembourser à l'assureur.
- 51 Avance de prestations et recours**
- 51.1 L'assureur peut verser des prestations à titre d'acomptes à condition que l'assuré lui cède ses droits envers des tiers tenus de verser des prestations, jusqu'à concurrence des prestations versées par l'assureur, et s'engage à ne rien entreprendre qui s'opposerait à un exercice de l'éventuel droit de recours contre les tiers.
- 51.2 L'assureur est libéré de l'obligation en matière de prestations lorsque l'assuré conclut, sans l'accord de l'assureur, des arrangements avec des tiers portant sur une renonciation partielle ou totale aux prestations d'assurance ou aux dommages et intérêts.
- IX. Divers**
- 52 Compensation, cession et mise en gage**
- 52.1 Le preneur d'assurance resp. l'assuré n'a aucun droit envers l'assureur de compenser des arriérés de primes avec des prétentions à des prestations.
- 52.2 Avant leur fixation définitive, les prétentions à des prestations assurées ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'accord exprès de l'assureur.
- 53 Obligation d'informer du preneur d'assurance**
- 53.1 Le preneur d'assurance doit renseigner les assurés par écrit sur leurs droits et obligations découlant de l'assurance, notamment sur les possibilités de maintenir l'assurance lorsqu'ils cessent d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat prend fin.
- 53.2 Si le preneur d'assurance enfreint cette obligation d'informer, l'assuré demeure dans le contrat collectif jusqu'à réception de l'information correspondante.
- 54 Exécution**
- 54.1 Les obligations découlant du présent contrat sont à acquitter en Suisse et en monnaie suisse.
- 54.2 En règle générale, les prestations sont versées au preneur d'assurance qui les transmet à l'assuré.
- 54.3 Lorsque des prestations soumises à l'impôt à la source sont payées directement à l'assuré, celles-ci seront réduites à la source du montant de l'impôt dû.

54.4 Les prestations soumises à l'impôt à la source peuvent être versées sans réduction au preneur d'assurance. Il doit dans ce cas procéder à la déduction à la source de l'impôt prévu conformément à la loi fiscale en vigueur et exécuter toutes les obligations légales du débiteur de l'impôt, notamment régler à temps ses comptes avec les fonctionnaires de l'administration fiscale. Le preneur d'assurance se porte garant envers l'assureur pour tous les dommages qui découlent d'un manquement à ces obligations, spécialement pour le paiement dans les délais impartis de l'impôt à la source.

55 Communications

55.1 Toutes les communications peuvent être adressées valablement au Siège principal de CONCORDIA ou à la représentation désignée dans la police.

55.2 Lorsque l'assurance CONCORDIA est délivrée par un autre assureur, les communications et les annonces qui sont faites à ce dernier ont la même validité que si elles étaient adressées à CONCORDIA.

55.3 Le preneur d'assurance doit communiquer par écrit à CONCORDIA tout changement de son adresse ou de sa situation personnelle réelle, pour autant que ces changements soient déterminants pour l'évaluation de l'obligation à prestations. Les communications à l'intention du preneur d'assurance se font valablement à la dernière adresse indiquée en Suisse.

56 For

En cas de contestations découlant du présent contrat, le preneur d'assurance resp. l'assuré a le choix entre le for de Lucerne ou celui de son domicile suisse ou celui de son lieu de travail.

CONCORDIA

Digne de confiance

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch