

Edition 2011



# Assurance perte de salaire LAMal

Conditions générales d'assurance (CGA)

# Assurance perte de salaire LAMal

## Conditions générales d'assurance (CGA)

Chapitre	Page	Chapitre	Page
<b>1 Bases de l'assurance</b>	<b>3</b>	<b>8 Prestations</b>	<b>7</b>
1.1 But		8.1 Conditions régissant les prestations	
1.2 Assureur		8.2 Etendue des prestations	
1.3 Contrat d'assurance		8.3 Durée d'allocation des prestations	
1.4 Graphie au masculin et au féminin		8.4 Limitations en matière de prestations	
<b>2 Cercle des personnes assurées</b>	<b>3</b>	8.5 Obligation de remboursement	
2.1 Preneur d'assurance		8.6 Versement des prestations	
2.2 Personnes assurées		<b>9 Obligation de collaborer en cas de maladie et d'accident</b>	<b>11</b>
<b>3 Validité territoriale</b>	<b>4</b>	9.1 Obligations en cas de sinistre	
<b>4 Possibilités d'assurance</b>	<b>4</b>	9.2 Réduction du dommage	
4.1 Couverture intégrale		9.3 Obligation de renseigner	
4.2 Couverture avec déclaration de santé		9.4 Violation de l'obligation de collaborer	
<b>5 Début, durée et fin du contrat d'assurance</b>	<b>4</b>	9.5 Impôt à la source	
5.1 Début du contrat d'assurance		<b>10 Prime</b>	<b>12</b>
5.2 Durée du contrat d'assurance		10.1 Calcul des primes	
5.3 Fin du contrat d'assurance		10.2 Paiement des primes	
<b>6 Entrée en vigueur, durée et fin de la couverture d'assurance</b>	<b>5</b>	10.3 Exonération de prime en cas de sinistre	
6.1 Début de la couverture d'assurance		10.4 Adaptation des primes	
6.2 Fin de la couverture d'assurance		10.5 Pandémie	
6.3 Passage dans l'assurance individuelle		<b>11 Prestations de tiers</b>	<b>13</b>
<b>7 Etendue de l'assurance</b>	<b>6</b>	11.1 Coordination	
7.1 Montant de l'indemnité journalière assurée		11.2 Prestations provisoires et recours	
7.2 Base de calcul		11.3 Surindemnisation	
7.3 Couverture maximale		<b>12 Communications</b>	<b>14</b>
		<b>13 Voies de droit</b>	<b>14</b>
		13.1 Décision	
		13.2 Opposition	
		13.3 Recours	

# Assurance perte de salaire LAMal

## 1 Bases de l'assurance

### 1.1 But

L'assurance perte de salaire pour entreprises est une assurance dommages qui couvre la perte de salaire occasionnée à la suite d'une maladie ou d'un accouchement (indemnité d'accouchement). La couverture de la perte de salaire suite à un accident peut être incluse.

Si le risque d'accident est coassuré, les chiffres suivants s'appliquent par analogie.

### 1.2 Assureur

L'assureur est Moove Sympany SA, Berne (ci-après Sympany).

### 1.3 Contrat d'assurance

Le contrat d'assurance se compose

- de l'offre ou la proposition d'assurance, y compris les éventuelles déclarations de santé,
- de la police d'assurance,
- des Conditions spéciales mentionnées dans la police d'assurance (CS),
- des présentes Conditions générales d'assurance (CGA).

Sauf disposition contraignante contraire de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) ou de la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), les conventions entre les parties sont applicables.

### 1.4 Graphie au masculin et au féminin

Sympany s'engage en faveur du principe de l'égalité entre hommes et femmes. Il est renoncé par souci de lisibilité à la mention simultanée de la graphie au masculin et au féminin.

## 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 d'entreprise qui en font partie ou la personne physique qui conclut le contrat.

### 2.2 Personnes assurées

#### 2.2.1 Travailleurs

Sont assurés les personnes physiques ou groupes de personnes mentionnés dans la police d'assurance qui

- ont un rapport de contrat de travail avec le preneur d'assurance et
- sont soumis à l'AVS.

Les personnes qui continuent à travailler après avoir atteint l'âge de l'AVS font partie du cercle de personnes assurées jusqu'à l'accomplissement de leur 70e année, dans la mesure où elles travaillaient déjà auprès du preneur d'assurance lorsqu'elles ont atteint l'âge de l'AVS, et qu'elles étaient entièrement aptes au travail.

Les frontaliers, travailleurs détachés à l'étranger et personnes au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée sont assurés aux mêmes conditions.

#### 2.2.2 Assurance sur la base d'une convention particulière

Ne sont assurés que sur la base d'une convention particulière

- a) les auxiliaires au bénéfice d'un contrat d'une durée limitée à trois mois au maximum,
- b) les employés à temps partiel et les salariés à l'heure qui ne sont pas assurés selon la LAA contre les conséquences d'accidents non professionnels,
- c) les travailleurs à domicile,
- d) les personnes domiciliées à l'étranger qui ne sont ni des frontaliers, ni des travailleurs détachés, ni des personnes au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée.

#### 2.2.3 Personnes à montant de salaire annuel fixe

Les indépendants, propriétaires d'entreprise ainsi que les conjoints/partenaires, les enfants ou les parents travaillant dans l'entreprise qui ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires sont assurés, dans la mesure où ils sont mentionnés dans la police d'assurance par leur nom et leur montant de salaire fixe.

Les gérants considérés comme salariés en vertu des dispositions légales peuvent également, sur demande, assurer un montant de salaire fixe.

Les personnes ayant assuré un montant de salaire annuel fixe doivent remplir une déclaration de santé (cf. art. 4.2).

#### 2.2.4 Personnes non assurées

Sont exclus 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 la base de mandats.

### 3 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

Pour les travailleurs détachés à l'étranger, l'assurance est valable durant 24 mois à compter du jour du détachement. Sur demande, la couverture d'assurance peut être prolongée pour autant que ces personnes soient au bénéfice d'une couverture LAA durant la même période.

### 4 Possibilités d'assurance

#### 4.1 Couverture intégrale

4.1.1 Maladies et accidents préexistants  
En cas d'admission sans déclaration de santé, les prestations sont également allouées pour les maladies et les suites d'accidents qui préexistaient à l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance.

#### 4.2 Couverture avec déclaration de santé

##### 4.2.1 Principe

La couverture avec déclaration de santé a pour but d'assurer la perte de gain par suite de maladies et d'accidents qui apparaissent après l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance.

Pour vérifier les maladies et suites d'accident préexistantes, un examen de santé est effectué lors de l'entrée dans l'entreprise ou de la demande d'affiliation chez Sympany au moyen de la déclaration de la personne assurée sur le formulaire mis à disposition par Sympany. Les personnes qui exercent leur droit de libre passage selon l'art. 70 LAMal doivent présenter leur rapport d'assurance antérieur.

##### 4.2.2 Maladies et accidents préexistants

En ce qui concerne les réserves d'assurance, l'art. 69 LAMal est applicable. Les augmentations de salaire dans le cadre de la convention collective de travail (CCT) sont assurées sans nouvel examen du risque.

##### 4.2.3 Obligation de renseigner

La personne assurée est tenue de répondre de façon complète et conforme à la vérité aux questions posées dans la déclaration de santé. Sympany peut exiger un certificat médical ou un examen par le médecin-conseil. Elle peut désigner le médecin et elle assume les coûts d'examen.

Une réserve peut être prononcée ultérieurement avec effet rétroactif si l'assuré a fait des indications incorrectes ou incomplètes.

##### 4.2.4 Obligation du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance doit veiller à ce que Sympany reçoive toutes les indications nécessaires sur la personne assurée. Il est tenu de renseigner les personnes assurées au moment de leur entrée dans l'assurance sur les restrictions possibles en matière de prestations pour les maladies et les suites d'accidents préexistantes.

### 5 Début, durée et fin du contrat d'assurance

#### 5.1 Début du contrat d'assurance

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

#### 5.2 Durée du contrat d'assurance

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. Au terme de la durée contractuelle convenue, le contrat est reconduit tacitement pour une nouvelle année s'il n'est pas résilié dans le délai prévu par le contrat.

#### 5.3 Fin du contrat d'assurance

##### 5.3.1 Résiliation

Le contrat d'assurance peut être résilié par écrit par l'un et l'autre partenaires contractuels pour 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.

##### 5.3.2 Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance prend fin avec effet immédiat

- a) en cas de cessation de l'activité commerciale du preneur d'assurance,
- b) en cas de transfert du siège social à l'étranger,
- c) en cas d'ouverture de faillite prononcée à l'égard du preneur d'assurance.

##### 5.3.3 Résiliation du contrat par Sympany

Sympany n'est pas lié au contrat et peut le résilier dans les cas suivants:

- a) en cas de cessation d'activité provoquée par un manque de travail, des grèves, des lock-outs, etc. si les primes ne sont pas garanties. En cas de résiliation, les assurés ont le droit de passer à l'assurance individuelle. Après le passage à l'assurance individuelle, l'assuré est le débiteur des primes.

- b) si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, le preneur d'assurance a inexactement déclaré ou omis de déclarer un fait ou un danger important qu'il connaissait ou devait connaître ou si, en cours de contrat, il déclare inexactement ou dissimule des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de fournir des prestations de Sympany.

## 6 Entrée en vigueur, durée et fin de la couverture d'assurance

### 6.1 Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance pour les travailleurs commence le premier jour de travail auprès du preneur d'assurance, au plus tôt au début de l'assurance mentionné dans la police d'assurance. L'admission à l'assurance s'effectue sans réserve et sans déclaration de santé (couverture intégrale). Les atteintes à la santé préexistantes sont également assurées. Les personnes qui ne sont pas entièrement aptes au travail au moment du début de l'assurance ou le jour du commencement du travail ne sont assurées qu'une fois qu'elles sont de nouveau entièrement aptes au travail dans le cadre de leur contrat de travail.

Les personnes qui assurent un montant de salaire fixe doivent demander individuellement l'admission à l'assurance au moyen d'une demande d'admission et d'une déclaration de santé remplie. La couverture d'assurance (à l'exclusion des maladies et accidents préexistants selon l'art. 69 LAMal) commence à compter dès l'entrée de la déclaration de santé dûment remplie.

La couverture d'assurance de personnes qui assurent un montant de salaire fixe et qui exercent leur droit de libre passage selon l'art. 70 LAMal commence le jour de la déclaration de changement et à la condition que le certificat de libre passage soit présenté au plus tard dans les trois mois à compter de la survenue du motif de libre passage. Sont exclues de la couverture d'assurance les maladies frappées d'une réserve de l'assureur précédent. Les réserves de l'assureur antérieur sont maintenues par Sympany jusqu'à l'expiration de la période de réserve initiale.

Lorsque des assurés ont droit à des conditions plus favorables en vertu d'une convention de libre passage, ces dernières priment.

### 6.2 Fin de la couverture d'assurance

Pour la personne assurée, la couverture d'assurance prend fin

- a) avec la cessation de ses rapports de travail avec le preneur d'assurance,
- b) lors de son départ à la retraite,
- c) lorsqu'elle atteint l'âge de 70 ans révolus en cas de maintien de son activité après l'âge de la retraite,
- d) par épuisement du droit aux prestations, en cas d'interruption volontaire du travail sans droit au salaire, à l'exception des interruptions de travail suite à une maladie, un accident, une maternité ou des prestations 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 210 jours aussi longtemps que le rapport de travail est maintenu. Pendant la durée prévue du congé non payé, l'assuré n'a pas droit aux prestations et aucune prime n'est due. Si la personne assurée tombe malade pendant le congé non payé, les jours du début de l'incapacité de travail jusqu'à la reprise prévue du travail sont décomptés sur le délai d'attente et la durée des prestations. Les devoirs de coopération en cas de sinistre sont applicables conformément aux présentes CGA,
- f) au décès de la personne assurée,
- g) lorsque le contrat d'assurance prend fin,
- h) pendant la suspension de l'obligation de fournir des prestations en raison d'un retard dans le paiement de la part du preneur d'assurance,
- i) lors de l'abandon du domicile en Suisse,
- j) lors de la perte du permis de travail accordé par la police des étrangers, sans perspective de renouvellement,
- k) en conséquence d'une décision de la caisse.
  - i) le comportement d'un assuré se révèle abusif ou inexcusable et que la poursuite du rapport d'assurance n'est plus raisonnablement exigible de Sympany, l'assuré peut être exclu, après avoir été préalablement mis en garde,
    - s'il répond aux questions posées dans la demande d'admission ou de transfert de manière contraire à la vérité ou incomplète ou
    - s'il touche ou tente de toucher des prestations de manière intentionnellement illicite ou

- s'il ne rembourse pas sur demande les prestations touchées à tort ou s'il contribue à ce que des prestations soient versées à tort à des assurés ou
- s'il enfreint les présentes CGA de manière grossière.

L'exclusion est notifiée à l'assuré au moyen d'une décision susceptible d'opposition.

### 6.3 Passage dans l'assurance individuelle

#### 6.3.1 Droit de passage

Toute personne assurée domiciliée en Suisse peut passer dans l'assurance individuelle

- lorsqu'elle cesse d'appartenir au cercle des assurés de l'assurance collective ou
- lorsque le contrat d'assurance prend fin.

Le droit de passage doit être exercé par écrit dans les trois mois qui suivent l'information relative au droit de passage. La couverture d'assurance individuelle commence un jour après avoir quitté le cercle des personnes assurées respectivement après la fin du contrat d'assurance. Sont applicables les conditions et tarifs de l'assurance individuelle valables au moment du passage.

Les dispositions relatives à la prolongation de la couverture demeurent réservées.

#### 6.3.2 Devoir d'information de l'employeur

Le preneur d'assurance doit informer les personnes assurées au moment de la cessation du rapport de travail ou à la fin du contrat d'assurance au sujet du droit de passage et du délai de passage.

Si la personne assurée reçoit des prestations de prolongation de couverture, l'assureur prend en charge l'information de l'assuré.

6.3.3 Etendue de la prolongation de l'assurance  
Sympany accorde à la personne qui change de statut dans le cadre des conditions et tarifs en vigueur de l'assurance individuelle les prestations assurées au moment du changement. Le montant de l'indemnité journalière se limite au revenu lucratif actuel ou à la prestation de l'assurance-chômage (AC), mais au maximum aux prestations assurées jusque-là ou à l'indemnité journalière maximale assurée de l'assurance individuelle. Les personnes sans activité lucrative peuvent s'assurer jusqu'à concurrence de la rente simple AVS maximale. Pour les chômeurs, l'art. 73 al. 2 LAMal est également applicable.

#### 6.3.4 Réserves et imputation de prestations déjà perçues

- a) Les réserves existantes sont maintenues jusqu'à l'expiration de la durée de réserve de cinq ans.
- b) La durée antérieure de l'assurance ainsi que les prestations touchées de cette assurance collective ainsi qu'auprès d'assureurs antérieurs sont imputées.

#### 6.3.5 Exclusion du droit de passage

Il n'existe aucun droit de passage

- a) lorsqu'une personne assurée change d'emploi et passe dans l'assurance perte de salaire de son nouvel employeur,
- b) si le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat d'assurance pour ce cercle de personnes chez un autre assureur et que celui-ci doit garantir la prolongation de la couverture d'assurance sur la base de la convention de libre passage ou de la convention entre les assureurs LAMal ou de la loi, 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 a son domicile à l'étranger (ne s'applique pas aux frontaliers),
- f) après épuisement de la durée de prestations maximale.

## 7 Etendue de l'assurance

### 7.1 Montant de l'indemnité journalière assurée

Le montant de l'indemnité journalière assurée est convenu entre le preneur d'assurance et Sympany.

### 7.2 Base de calcul

#### 7.2.1 Montant du gain assuré

L'indemnité journalière est calculée en divisant par 365 la rémunération annuelle assurée. L'indemnité journalière déterminée est versée pour chaque jour civil. Les prestations de tiers sont imputées (assurance dommages).

#### 7.2.2 Travailleurs

La base d'évaluation pour l'indemnité journalière est le dernier salaire soumis à l'AVS perçu auprès du preneur d'assurance avant le cas d'assurance, y compris les éléments de salaire non encore payés auxquels le travailleur peut prétendre à juste titre.

Pour les personnes non assujetties à l'AVS, au lieu du salaire AVS, le salaire brut convenu, y compris les éléments de salaire non encore payés auxquels l'assuré a droit, est applicable. Un revenu provenant d'une autre activité n'est pas pris en considération. Si le gain est soumis à de fortes fluctuations (par exemple rémunération à la commission, participations au chiffre d'affaires, travail irrégulier d'auxiliaire, etc.), l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu pendant les douze mois précédant l'incapacité de travail. Lorsque la période précédant l'incapacité de travail est inférieure à douze mois, le calcul de l'indemnité journalière se fera par analogie.

Les adaptations de salaire suite à la modification du degré d'occupation ou les augmentations générales de salaire ne sont prises en considération que si celles-ci ont déjà été convenues par contrat avant la survenue de l'incapacité de travail.

**7.2.3 Personnes avec montant de salaire fixe**  
Pour les personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, les montants de salaire fixes convenus par avance servent de base de calcul.

Pour une augmentation d'un montant de salaire convenu, une nouvelle déclaration de santé est requise. Une éventuelle réserve ne concerne que l'augmentation de l'assurance demandée et vaut au maximum pendant cinq ans.

### 7.3 Couverture maximale

Le montant du salaire assurable par personne et par année est limité à CHF 250 000.

## 8 Prestations

### 8.1 Conditions régissant les prestations

#### 8.1.1 Maladie

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

#### 8.1.2 Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, psychique ou mentale. Les maladies professionnelles et lésions corporelles assimilées à un accident mentionnées dans

l'ordonnance sur l'assurance-accidents obligatoire (OLAA) sont assimilées aux accidents.

Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à une atteinte dégénérative, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a) les fractures
- b) les déboîtements d'articulations
- c) les déchirures du ménisque
- d) les déchirures de muscles
- e) les élongations de muscles
- f) les déchirures de tendons
- g) les lésions de ligaments
- h) les lésions du tympan

Les dommages non imputables à un accident qui sont causés aux structures posées à la suite d'une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps ne constituent pas des lésions corporelles au sens de l'alinéa ci-dessus.

Sont assimilées aux accidents les maladies professionnelles reconnues comme telles par la loi fédérale sur l'assurance-accidents.

### 8.1.3 Droit à l'allocation de maternité

Des prestations d'indemnité journalière en cas de maternité sont fournies lorsque l'assurée était assurée chez Sympany ou d'autres assureurs selon la LAMal pendant au moins 270 jours précédant son accouchement sans interruption de plus de trois mois. Le droit aux prestations commence le jour de la naissance. L'assurée a droit à une indemnité de maternité de 16 semaines. L'indemnité de maternité n'est pas imputée à la durée maximale des prestations.

L'indemnité de maternité est fournie en complément à l'allocation de maternité selon la LAPG, et en cas de surindemnisation, elle est réduite.

### 8.1.4 Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail lorsque, en raison d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement, la personne assurée n'est plus en mesure, totalement ou partiellement, d'exercer une activité lucrative qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou dans son activité antérieure. En cas

d'incapacité de travail d'une durée de plus de 6 mois, une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou une autre activité est prise en considération par Sympany.

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

#### 8.1.5 Attestation de l'incapacité de travail

L'allocation des indemnités journalières est subordonnée à la présentation d'un certificat médical attestant l'incapacité de travail de la personne assurée. Il est possible d'antidater le certificat jusqu'à trois jours au maximum.

## 8.2 Etendue des prestations

### 8.2.1 Généralités

Les prestations se déterminent d'après l'étendue de la couverture d'assurance convenue et les présentes conditions contractuelles. L'indemnité journalière assurée est versée pendant la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement, après l'expiration du délai d'attente légal ou contractuel.

### 8.2.2 Incapacité partielle de travail et assurés au chômage

1. En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est versée en fonction du degré de l'incapacité de travail. L'indemnité journalière réduite est versée pendant la durée de perception de 720 jours dans un espace de 900 jours. La couverture d'assurance pour la capacité de travailler résiduelle est maintenue.
2. Les assurés au chômage reçoivent une indemnité journalière entière en cas d'incapacité de travail de plus de 50 pour cent et la moitié de l'indemnité journalière, en cas d'incapacité de travail de plus de 25 pour cent mais de 50 pour cent au plus.

### 8.2.3 Indemnité d'accouchement

L'indemnité d'accouchement complète l'allocation de maternité selon la Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG). Elle n'est pas versée si le contrat de travail de la personne assurée prend fin avant l'accouchement.

### 8.2.4 Séjour à l'étranger pendant l'incapacité de travail

Si une personne assurée en incapacité de travail et touchant des prestations de Sympany se rend à l'étranger sans le consentement préalable et écrit de Sympany, elle n'a pas droit aux prestations pendant la durée du séjour à l'étranger, dans la mesure où Sympany n'a pas consenti au préalable au séjour à l'étranger.

Cette restriction ne s'applique pas aux frontaliers, aux travailleurs détachés à l'étranger et pendant une hospitalisation médicalement nécessaire à l'étranger.

## 8.3 Durée d'allocation des prestations

### 8.3.1 Principe

L'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs maladies pendant 720 jours sur une période de 900 jours. Les exceptions selon chiffres 8.3.2 à 8.3.7 sont applicables.

Le droit aux prestations prend naissance à l'expiration du délai d'attente légal ou convenu. Le délai d'attente débute le premier jour de l'incapacité de travail attestée par un médecin, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical. S'il n'est pas expressément fixé dans le contrat si le délai d'attente doit être imputé de nouveau à chaque cas d'assurance ou une fois par 365 jours, le délai d'attente est calculé pour chaque cas d'assurance.

La réapparition d'une maladie ou de suites d'un accident (rechute) est considérée comme nouveau cas d'assurance lorsque, depuis la dernière apparition de la même maladie ou des mêmes suites d'accident, la personne assurée a été capable de travailler pendant douze mois sans interruption. Est déterminant à cet égard le taux d'occupation au moment de la survenance du sinistre. En présence d'un nouveau cas d'assurance, le délai d'attente légal ou convenu est imputé à nouveau. En cas de rechute, le délai d'attente ne sera pas imputé une nouvelle fois.

Pour le calcul du délai d'attente et de la durée des prestations, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme des jours entiers.

L'assuré ne peut pas suspendre l'épuisement du droit aux prestations en renonçant à ses prestations d'indemnité journalière avant la fin de l'incapacité de travail médicalement attestée.



### 8.3.2 Nouveau cas d'assurance

Si un assuré qui a épuisé la durée de prestation de 720 jours sur une période de 900 jours de l'assurance perte de salaire se retrouve à nouveau pleinement capable de travailler, il a droit, pour autant qu'il ait travaillé durant trois mois d'affilée à 100 pour cent, à l'indemnité journalière de maladie assurée pour la durée pendant laquelle l'employeur serait tenu de verser le salaire selon l'art. 324a CO. est valable à ce sujet le tableau de l'art 8.3.6 lettre f).

### 8.3.3 Prolongation de la couverture

Le droit aux prestations des personnes atteintes d'une incapacité totale ou partielle de travail au moment où les rapports de travail prennent fin est maintenu jusqu'à la fin du cas de prestations qui est à l'origine de la prolongation de couverture mais tout au plus jusqu'à la fin de la durée des prestations convenue. Les rechutes ne donnent pas droit à des prestations supplémentaires.

La prolongation de la couverture n'est pas appliquée

- a) si un autre assureur doit accorder la continuation du versement des prestations d'indemnité journalière en vertu de l'accord de libre passage,
- b) en cas de résiliation du rapport de travail pendant la période d'essai ou à la fin d'un rapport d'engagement de durée limitée,
- c) lors du départ à la retraite,
- d) pour les travailleurs domiciliés à l'étranger (ne s'applique pas aux frontaliers).

La prolongation de la couverture prend fin au moment de la fin du contrat d'assurance.

Lorsqu'une prolongation de la couverture est exclue, les dispositions relatives au passage dans l'assurance individuelle sont applicables.

### 8.3.4 Durée des prestations en cas d'accouchement

S'il existe un droit à une allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG), l'indemnité journalière est versée selon la LAPG pendant au maximum 112 jours à compter de l'accouchement, déduction faite de l'allocation de maternité, jusqu'à la limite de surindemnisation selon l'art. 69 LPGA. Le droit à l'indemnité d'accouchement prend fin lorsque l'assurée reprend l'activité avant la fin de la durée de prélèvement.

L'indemnité d'accouchement est versée sans l'imputation d'un délai d'attente et aucune imputation n'a lieu sur la durée maximale de prestations convenue en cas de maladie et d'accident.

### 8.3.5 Durée des prestations à l'âge AVS

Pour les personnes assurées qui continuent à travailler après avoir atteint l'âge de retraite AVS, il existe un droit à l'indemnité journalière assurée encore pendant un total de 180 jours, mais au maximum jusqu'à l'âge de 70 ans révolus.

Ceci est également valable pour le propriétaire de l'entreprise et les membres de sa famille qui travaillent dans l'entreprise mais qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires (conjoint, parents, enfants).

### 8.3.6 Durée minimale des prestations (selon barème)

Les prestations minimales sont versées

- a) pour les employés temporaires assurés,
- b) si la personne assurée tombe malade pendant un séjour à l'étranger non professionnel, jusqu'à son retour en Suisse, à moins qu'elle ne soit hospitalisée,
- c) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre qui ont débuté plus de 14 jours avant la survenance de l'incapacité de travail,
- d) pour les conséquences de tremblements de terre et de catastrophes naturelles,
- e) pour les maladies épidémiques.
- f) La durée des prestations se détermine, par analogie à l'obligation de l'employeur de verser le salaire, en fonction de la durée des rapports de travail dans l'entreprise assurée, selon le barème suivant:
 

3 à 12 mois	3 semaines
jusqu'à 3 ans	9 semaines
jusqu'à 9 ans	13 semaines
jusqu'à 15 ans	17 semaines
jusqu'à 20 ans	22 semaines
jusqu'à 25 ans	27 semaines
jusqu'à 30 ans	31 semaines
plus de 30 ans	36 semaines

Lorsque des personnes au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée reviennent chaque année dans l'entreprise assurée, la durée d'engagement est calculée sur la base du total des mois de travail accomplis dans l'entreprise.

### 8.3.7 Imputation en cas de reprise du contrat

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

## 8.4 Limitations en matière de prestations

### 8.4.1 Exclusion des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur,
- b) lorsque l'attestation d'une incapacité de travail a été établie par un médecin ou chiropraticien non reconnu par Sympany,
- c) en cas de participation à des actes de guerre, des désordres ou des actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger,
- d) pour les maladies et les accidents dus à une participation active à des actes punissables, à des bagarres ou à d'autres actes violents,
- e) lorsque, en dépit d'une sommation, aucun paiement de la part du preneur d'assurance n'est intervenu à l'échéance du délai de sommation,
- f) après la résiliation du contrat d'assurance,
- g) pendant la durée d'un congé non payé,
- h) lorsque, de manière intentionnelle, la personne assurée touche ou tente de toucher des prestations de manière illicite,
- i) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement,
- i) en cas d'atteinte à la santé en conséquence de rayons ionisants,
- k) lorsque, durant une incapacité de travail, la personne assurée quitte passagèrement la Suisse sans l'accord de Sympany jusqu'à son retour en Suisse.

### 8.4.2 Restrictions des prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- a) lorsque la maladie ou les suites d'accident ne sont que partiellement la cause de l'incapacité de travail,
- b) en cas de dommages à la santé dus à des actes téméraires, c'est-à-dire lorsque la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de précautions ou pouvoir en prendre pour ramener le risque à des proportions raisonnables; font exception les actions de sauvetage en faveur de

personnes; sont réputés actes téméraires au sens de cette disposition en particulier la participation à des courses de véhicules à moteur ou à un entraînement à cet effet,

- c) lorsque la personne assurée s'oppose gravement et à plusieurs reprises aux décisions de Sympany ou aux instructions du médecin,
- d) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas produits dans les quatre semaines.

## 8.5 Obligation de remboursement

Les prestations touchées par erreur ou à tort doivent être remboursées à Sympany.

## 8.6 Versement des prestations

### 8.6.1 Versements d'indemnité journalière en cas de maladie et d'accident

L'indemnité journalière est versée après recouvrement de la capacité de travail sur la base du certificat médical. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, l'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu. L'indemnité journalière est versée au preneur d'assurance pour être reversée aux assurés aussi longtemps que ceux-ci sont employés par le preneur d'assurance.

### 8.6.2 Versement de l'indemnité d'accouchement

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

### 8.6.3 Compensation

Sympany peut compenser des prestations échues avec une créance envers le preneur d'assurance.

La personne assurée ou le preneur d'assurance n'est pas en droit de compenser les primes par des créances.

### 8.6.4 Cession et mise en gage

La mise en gage et la cession de prestations d'assurance de Sympany ne sont pas permises sans l'accord écrit de Sympany.

### 8.6.5 Prescription

Le droit aux prestations du preneur d'assurance ou de l'assuré envers Sympany s'éteint cinq ans à compter de la fin du mois pour lequel la prestation était due.

## 9 Obligation de collaborer en cas de maladie et d'accident

### 9.1 Obligations en cas de sinistre

Si une incapacité de travail entraîne vraisemblablement des prestations d'assurance,

- a) la personne assurée ou le preneur d'assurance doit en aviser Sympany au moyen du formulaire mis à disposition, dans les cinq jours. En cas de délai d'attente de plus de 21 jours, la déclaration doit être faite au plus tard 30 jours à compter du début de l'incapacité de travail. En même temps que la déclaration, l'attestation médicale du degré et de la durée de l'incapacité de travail doit être remise à Sympany. En cas de retard de la déclaration sans raison valable, Sympany n'accorde de prestations qu'à partir du jour de réception de l'avis. Toute diminution du degré de l'incapacité de travail doit être annoncée sans délai à Sympany. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, la personne assurée est tenue de soumettre une attestation médicale de l'incapacité de travail toutes les quatre semaines.
- b) il faut veiller le plus vite possible à un traitement médical conforme. Il faut se conformer aux prescriptions du médecin.
- c) la personne assurée doit se soumettre, à la demande de Sympany, à des examens médicaux par des médecins mandatés par Sympany. Les frais y relatifs sont à la charge de Sympany.
- d) la personne assurée doit consulter un médecin sur demande de Sympany ou du preneur d'assurance le premier jour de l'incapacité de travail déjà.
- e) la personne assurée est tenue d'annoncer à l'instance compétente un éventuel droit aux prestations selon la LAA, la LAI ou la LAPG non encore clarifié.

### 9.2 Réduction du dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à diminuer les prestations.

La personne assurée qui, selon toute vraisemblance, restera totalement ou partiellement incapable de travailler dans sa profession habituelle est tenue d'exploiter sa capacité résiduelle au gain dans une autre profession ou une autre activité, ou elle doit s'inscrire à l'assurance-chômage. Sympany invite la personne assurée, en lui impar-

tissant un délai approprié, à adapter son activité antérieure ou à procéder à un changement de poste ou de profession. Après le délai transitoire, le salaire que l'assuré peut encore théoriquement atteindre et le fait de savoir si l'assuré reste dans sa profession ou son domaine d'attribution antérieurs sont déterminants pour le droit à l'indemnité journalière.

La personne assurée est tenue d'annoncer un droit probable aux prestations auprès de l'AI (rente, reconversion, mesures professionnelles). Si elle refuse, après y avoir été invitée par Sympany, de s'inscrire auprès de l'AI ou si elle retire son inscription, les prestations d'indemnité journalière peuvent être provisoirement suspendues.

### 9.3 Obligation de renseigner

La personne assurée ou le preneur d'assurance met à disposition de Sympany, dans tous les cas où un droit aux prestations est fait valoir auprès de Sympany, toutes les informations nécessaires pour l'évaluation de l'obligation de fournir des prestations, le montant ou la durée des prestations.

La personne assurée délègue les médecins traitants et les autres membres du personnel médical du secret médical envers Sympany. Sympany peut au besoin demander des renseignements auprès d'autres assureurs.

La personne assurée et le preneur d'assurance renseignent spontanément Sympany sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité. A la demande de Sympany, les décomptes des tiers doivent lui être remis.

Le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'obligation de renseigner soit respectée par la personne assurée.

Sympany peut, dans chaque cas, vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte et, le cas échéant, prendre les mesures de contrôle appropriées.

### 9.4 Violation de l'obligation de collaborer

Si la personne assurée ou le preneur d'assurance viole de manière inexcusable les obligations découlant des présentes CGA, les prestations d'assurance sont réduites temporairement ou durablement, voire refusées dans les cas graves.

### 9.5 Impôt à la source

Si des indemnités journalières sont versées au preneur d'assurance pour être reversées à la personne assurée, celui-ci est responsable de l'établissement du décompte conformément à la loi et du versement de l'impôt à la source.

## 10 Prime

### 10.1 Calcul des primes

Est déterminante pour le calcul des primes la somme des salaires bruts soumis à l'AVS réalisée dans l'entreprise assurée, mais au maximum le revenu assurable maximum convenu dans la police par personne et par année. Les salaires bruts de personnes non soumises à l'AVS sont également pris en considération pour le calcul des primes.

Si des montants de salaire fixes ont été convenus par avance pour des personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, ce montant-ci sert de base de calcul. Le taux de primes d'assurance est fixé dans la police d'assurance.

### 10.2 Paiement des primes

#### 10.2.1 Facturation et échéance

Sympany établit une facture par acompte trimestriel, semestriel ou annuel à l'attention du preneur d'assurance. Les primes sont dues par avance par le preneur d'assurance et payables à l'échéance fixée dans la police d'assurance. Le montant de la facture d'acompte est basée sur la somme définitive des salaires soumis à l'AVS de la dernière année civile achevée ou selon la somme des salaires provisoirement annoncée et soumise à l'AVS pour l'année suivante.

#### 10.2.2 Décompte final

Après expiration de l'année civile, Sympany fait parvenir au preneur d'assurance un formulaire de déclaration. Le preneur d'assurance doit, dans un délai d'un mois, renvoyer à Sympany la déclaration de la masse salariale accompagnée des documents nécessaires (déclaration AVS, listes des assurés, décomptes de salaires, etc.). Sur la base de ces indications, Sympany calcule les montants définitifs des primes et établit un décompte final correspondant. Si le solde est inférieur à CHF 10, il ne sera procédé à aucun paiement complémentaire ou remboursement. Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de déclarer sa masse salariale ou si les chiffres relatifs à l'année précé-

dente font défaut, Sympany peut fixer le décompte final ainsi que le montant des acomptes de primes futurs sur la base d'une estimation.

10.2.3 Consultation de la comptabilité des salaires  
Sympany a le droit de consulter la comptabilité des salaires du preneur d'assurance.

#### 10.2.4 Remboursement de primes

Si la prime a été payée par avance pour une certaine durée contractuelle et que le contrat d'assurance prend fin pour des raisons légales ou contractuelles avant l'expiration de la durée de contrat convenue, Sympany rembourse la prime afférente à la durée de contrat non échue et renonce à exiger le paiement des primes arrivées à échéance ultérieurement. La prime pour la période d'assurance en cours est entièrement due si le preneur d'assurance résilie le contrat et que le contrat était en vigueur depuis moins d'une année au moment de la résiliation.

#### 10.2.5 Retard de paiement

Si le paiement des primes n'est pas effectué à la date convenue, le preneur d'assurance reçoit une sommation et il lui est imparti un délai supplémentaire de 14 jours pour effectuer le paiement. A l'échéance du délai de sommation, l'assureur n'est plus obligé de verser des prestations. Aussitôt que les primes arriérées sont payées, l'obligation de l'assureur de fournir les prestations est réactivée.

En outre, Sympany est en droit, après une sommation écrite préalable, de se départir du contrat sans respecter le délai de résiliation contractuel.

### 10.3 Exonération de prime en cas de sinistre

Les prestations d'indemnité journalière ne sont pas soumises à des primes. Sont exceptées de cette règle les personnes assurées mentionnées nommément dans la police qui n'ont pas assuré le montant de salaire brut soumis à l'AVS, mais des montants des salaires fixes.

### 10.4 Adaptation des primes

Une adaptation des primes peut être opérée au vu de l'évolution des sinistres lorsque les prestations dépassent 75 pour cent des primes durant la période d'observation. Sont considérées comme période d'observation l'année civile courante et au moins deux années civiles précédentes assurées auprès de Sympany ou d'un autre assureur.

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 les 30 jours suivant la communication avec effet à la date de l'entrée en vigueur. A défaut de résiliation, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée.

### 10.5 Pandémie

En cas de pandémie selon l'Office fédéral de la santé publique, Sympany est en droit d'adapter les conditions du contrat collectif dans les 30 jours à compter de cette déclaration. Ces adaptations sont exclusivement destinées à prendre en compte la situation particulière de la pandémie.

## 11 Prestations de tiers

### 11.1 Coordination

#### 11.1.1 Généralités

Si la personne assurée a, pour un cas d'assurance où Sympany est tenue de fournir des prestations, également un droit légal ou contractuel à des prestations d'assurances sociales, d'assurances d'entreprise ou d'un tiers civilement responsable, Sympany complète ces prestations dans le cadre de sa propre obligation de fournir des prestations, jusqu'à concurrence de la limite de surindemnisation selon l'art. 69 de la LPG. Il n'existe pas d'obligation de Sympany de fournir des prestations au sens des présentes CGA dans la mesure où il existe un droit à des prestations à l'égard de tiers.

#### 11.1.2 Pluralité d'assureurs

Si la personne assurée touche des prestations d'une autre assurance d'indemnité journalière, Sympany fournit des prestations proportionnelles.

Ceci est également valable lorsque l'obligation de fournir des prestations des autres assureurs n'existe qu'à titre subsidiaire. Si une autre assurance d'indemnité journalière existe, Sympany n'est tenue de fournir des prestations que dans la mesure où il n'en résulte pas de surindemnisation.

#### 11.1.3 Renonciation aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'accord de Sympany en tout ou en partie à des prestations vis-à-vis d'un tiers, Sympany est libérée de toute obligation de fournir des prestations selon les présentes CGA. Est considérée comme renonciation également la capitalisation d'un droit aux presta-

tions et le non-exercice de droits envers des tiers, en particulier lorsque la personne assurée ne s'inscrit pas à l'assurance-invalidité malgré l'invitation de Sympany à le faire.

### 11.2 Prestations provisoires et recours

Si l'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations en cas de maladie ou d'accident est douteuse selon la LAA ou l'assurance militaire, Sympany verse des prestations préalables. La condition à cela est que la personne assurée ait annoncé son droit auprès des assureurs sociaux entrant en ligne de compte. Si le cas est repris d'un autre organisme, celui-ci doit rembourser à Sympany les prestations préalables dans le cadre de son obligation de fournir des prestations.

### 11.3 Surindemnisation

#### 11.3.1 Travailleurs

La réunion avec des prestations de tiers ne doit pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée ou du preneur d'assurance. La limite de surindemnité est le gain supposé perdu. Sympany réduit ses prestations jusqu'à la limite de la surindemnisation. Les jours avec des prestations partielles ou sans prestations pour cause de réduction opérée par suite d'un droit aux prestations de tiers sont comptés comme des jours entiers pour le calcul du délai d'attente. En cas de réduction de l'indemnité journalière pour cause de surindemnisation conformément à l'art. 78 LAMal ou à l'art. 69 LPG, il naît un droit à la contre-valeur de 720 indemnités journalières. Les délais pour la perception des indemnités journalières augmentent proportionnellement à la réduction.

Si Sympany a fourni des prestations, elle demande le remboursement des paiements supplémentaires d'assurances sociales (en particulier l'assurance-invalidité) à la personne assurée directement à l'assurance sociale concernée. Le montant de la demande de remboursement correspond à la hauteur de la surindemnisation.

#### 11.3.2 Assurances d'indemnités journalières auprès d'autres assureurs

Le preneur d'assurance est tenu d'aviser immédiatement Sympany de toute assurance d'indemnités journalières existante ou nouvellement conclue auprès d'autres assureurs.

## **12 Communications**

Les communications de Sympany sont faites valablement par écrit à la personne assurée ou au preneur d'assurance. Les modifications qui sont essentielles pour l'assurance, notamment les modifications de la composition du cercle des personnes assurées, de la CCT ou des dispositions relatives à la LPP, doivent être communiquées par écrit à Sympany dans les 30 jours.

## **13 Voies de droit**

### **13.1 Décision**

Si une personne assurée ou un preneur d'assurances n'est pas d'accord avec une décision de Sympany, elle ou il peut exiger que Sympany rende une décision écrite dans les 30 jours. Sympany motive la décision et elle y mentionne les voies de recours.

### **13.2 Opposition**

1. Les décisions de Sympany peuvent être contestées par écrit dans les 30 jours à compter de la réception de la décision.
2. Sympany rend en temps voulu une décision d'opposition, la motive et l'assortit d'une indication des voies de recours.
3. La procédure d'opposition est gratuite; il ne sera pas alloué de dépens aux parties.

### **13.3 Recours**

Il peut être recouru contre les décisions d'opposition de Sympany dans les 30 jours à compter de l'ouverture de la décision d'opposition auprès du tribunal d'assurance compétent.



