

L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour entreprises

Assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA

Conditions générales d'assurance (CGA)
Edition 05.2015

Table des matières

I	Bases	2	IV	Prestations	4
Art. 1	Objet de l'assurance	2	Art. 13	Conditions pour l'allocation de prestations	4
Art. 2	Bases contractuelles	2	Art. 14	Durée de l'allocation des prestations	5
Art. 3	Preneur d'assurance/personnes assurées	2	Art. 15	Calcul des prestations d'indemnités journalières	5
Art. 4	Définitions	2	Art. 16	Maternité	6
Art. 5	Champ d'application territorial	2	Art. 17	Limitation des prestations	6
			Art. 18	Règles de comportement dans le cas de prestations	6
II	Début et fin	3	Art. 19	Fin des prestations	7
Art. 6	Contrat d'assurance	3	Art. 20	Concours avec des prestations de tiers	7
Art. 7	Couverture d'assurance	3			
Art. 8	Passage dans l'assurance individuelle	3	V	Dispositions finales	7
			Art. 21	Cession, nantissement et autres conventions	7
III	Primes	4	Art. 22	Impôt à la source dans le cas de prestations	7
Art. 9	Paiement des primes	4	Art. 23	Communications	7
Art. 10	Décompte de primes	4	Art. 24	For juridique	7
Art. 11	Retard de paiement	4			
Art. 12	Modification des primes	4			

Les désignations de personnes sont à la forme masculine; il va de soi qu'elles sont également valables pour les personnes de sexe féminin et pour les personnes morales.

I Bases

Art. 1 Objet de l'assurance

1.1 La CSS Assurance SA (ci-après CSS) assure les prestations mentionnées dans la police pour la perte de salaire en cas de maladie et, pour autant que cela ait été convenu, en cas de maternité.

Art. 2 Bases contractuelles

2.1 Les documents suivants font partie intégrante du contrat d'assurance:

- les présentes conditions générales d'assurance (CGA)
- les conditions particulières (CP)
- la proposition signée par le preneur d'assurance et l'éventuelle déclaration de santé
- les déclarations écrites éventuelles du proposant ou de la personne assurée, pour autant que celles-ci aient été confirmées par la CSS dans la police en tant que conditions particulières (CP)
- la police
- les avenants éventuels.

Les obligations relevant du droit du travail qui ne sont pas couvertes par la présente assurance incombent au preneur d'assurance.

2.2 La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) est applicable en complément de ces dispositions.

Si des assurés ont droit à des conditions plus avantageuses en raison d'un accord de libre passage entre assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie, celles-ci prévalent, sur toutes les autres dispositions légales et contractuelles.

2.3 Le contrat d'assurance est conclu entre la CSS et le preneur d'assurance.

Art. 3 Preneur d'assurance/personnes assurées

3.1 Le preneur d'assurance est la personne physique ou morale qui conclut le contrat d'assurance.

3.2 Sont assurés les personnes et cercles de personnes désignés dans le contrat qui exercent une activité dans l'entreprise assurée en qualité de travailleurs au sens de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS).

3.3 Les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille travaillant dans l'entreprise assurée et qui ne sont pas assujettis à l'assurance-accidents obligatoire selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont assurés, pour autant que leur nom soit mentionné dans la police.

Art. 4 Définitions

4.1 Maladie

Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Par infirmités congénitales, on entend les maladies présentes dès la naissance.

4.2 Accident

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

4.3 Maternité

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement, ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

4.4 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4.5 Incapacité de gain

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Il n'y a incapacité de gain que si ladite incapacité est objectivement insurmontable.

4.6 Cas de prestations

On entend par cas de prestations tout événement donnant droit à des prestations. Si une nouvelle maladie survient avant la clôture d'un cas de prestations, elle justifie l'existence d'un nouveau cas de prestations dans la mesure où il n'y a pas de rapport de cause à effet avec le premier cas de prestations. Un nouveau cas de prestations déclenche un nouveau délai d'attente.

4.7 Rechute

Par rechute, on entend une maladie ayant un lien médical avec une maladie antérieure. Si la personne assurée n'a aucune incapacité de travail pendant 365 jours consécutifs en raison de cette affection et n'a suivi aucun traitement médical, la réapparition de la même maladie est considérée comme un nouveau cas de prestations.

4.8 Médecin

Est réputé médecin le spécialiste autorisé à exercer, titulaire d'un diplôme fédéral ou d'un certificat de capacité cantonal ou étranger équivalent.

Art. 5 Champ d'application territorial

5.1 La couverture d'assurance est valable dans le monde entier. La principauté du Liechtenstein est assimilée à la Suisse.

5.2 Les prestations en dehors de la Suisse ne sont fournies que si une hospitalisation est médicalement nécessaire et qu'un rapatriement en Suisse n'est pas possible ou lorsque la CSS, dans des cas particuliers, a expressément donné son accord.

5.3 Sont considérés comme travailleurs détachés les travailleurs qui continuent à avoir un rapport de travail avec un employeur dont le siège est en Suisse et qui peuvent prétendre à un salaire de sa part et qui sont soumis à la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS). La couverture d'assurance est garantie pour une durée maximale de 24 mois consécutifs.

5.4 Sont considérés comme frontaliers les travailleurs qui sont en possession d'un permis de séjour G. La CSS accorde aux frontaliers, pour autant qu'ils résident à leur domicile ou dans les environs, les mêmes indemnités journalières qu'aux personnes assurées ayant leur domicile en Suisse.

II Début et fin

Art. 6 Contrat d'assurance

6.1 Début

Le contrat d'assurance prend effet à la date de début mentionnée dans la police.

6.2 Durée

Le contrat d'assurance est conclu pour la durée indiquée dans la police. A l'expiration de cette durée, ce dernier est systématiquement reconduit tacitement d'un an. La résiliation doit avoir été notifiée par écrit au partenaire contractuel au plus tard trois mois avant l'expiration du contrat. L'année d'assurance correspond à l'année civile.

6.3 Fin

Le contrat prend fin en cas de résiliation, de cessation de l'activité commerciale ou de transfert du siège de l'entreprise ou du siège social à l'étranger.

Résiliation en cas de sinistre

6.4 Après chaque cas de prestations pour lequel la CSS alloue des prestations, le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance par écrit dans un délai de 14 jours après avoir pris connaissance du paiement. La couverture d'assurance prend fin à réception de la résiliation par la CSS.

6.5 La CSS renonce à son droit de résiliation dans un cas de prestations sauf en cas de tentative d'escroquerie ou d'escroquerie à l'assurance, de faux dans les titres ou de violation de l'obligation de déclarer.

Art. 7 Couverture d'assurance

7.1 Début

Pour la personne assurée, la couverture d'assurance débute le jour où le contrat de travail avec l'entreprise assurée commence, au plus tôt toutefois à la date du début du contrat d'assurance mentionnée dans la police. Pour les personnes en incapacité de travail partielle ou totale à ce moment-là, l'assurance ne prend effet qu'avec l'entrée en fonction complète de l'employé, selon le taux d'activité qu'il occupe.

7.2 Tant en cas de première conclusion auprès de la CSS qu'en cas d'augmentation du risque, la règle suivante est applicable en ce qui concerne les réserves d'assurance:

La CSS peut exclure de l'assurance par une réserve les maladies qui existent lors de l'admission. Il en va de même pour des maladies antérieures qui, selon l'expérience, peuvent entraîner des rechutes.

Dispositions complémentaires à la couverture d'assurance analogue à la LAMal

- La réserve d'assurance a une durée maximale de 5 ans. La personne assurée peut apporter la preuve, avant expiration de ce délai, que la réserve n'est plus justifiée.
- La réserve d'assurance est uniquement valable si elle est communiquée par écrit à la personne assurée et que la maladie faisant l'objet d'une réserve, ainsi que le début et la fin de sa validité, sont exactement décrits dans la communication.

7.3 Fin

Pour la personne assurée, la couverture d'assurance s'éteint:

- a) à l'extinction du contrat de travail
- b) à l'âge de 70 ans révolus
- c) à l'extinction du contrat collectif

d) en cas de sortie du cercle des personnes assurées

e) en cas de décès

Art. 8 Passage dans l'assurance individuelle

8.1 Obligation d'informer

Sur mandat de la CSS, le preneur d'assurance est tenu, le dernier jour de travail au plus tard, d'informer par écrit le travailleur qui part, de son droit de passage et du délai dont il dispose. Lorsqu'un cas de prestations est en cours au moment du passage dans l'assurance individuelle et qu'il est décompté sur l'ancien contrat d'assurance collective, la CSS informe la personne assurée de son droit de passage après la clôture du cas.

Passage

8.2 En cas de sortie du cercle des personnes assurées ou de résiliation du contrat d'assurance collective, les personnes domiciliées en Suisse ont le droit de passer dans l'assurance individuelle de la CSS sans examen de santé. Le droit de passage doit être exercé dans l'intervalle de 90 jours à compter de la sortie du cercle des personnes assurées ou de la résiliation du contrat d'assurance collective ou après la fin de la perception des prestations. L'assurance individuelle débute un jour après la fin de la couverture d'assurance garantie par le contrat d'assurance collective ou après la fin de la perception des prestations.

8.3 Dans le cadre des conditions et tarifs de l'assurance individuelle en vigueur au moment du passage, la CSS accorde le maintien des prestations prévues par le contrat collectif. Ces dernières sont systématiquement adaptées au taux d'occupation de la personne assurée au moment du passage.

8.4 Les personnes assurées qui, après leur sortie du contrat d'assurance collective, sont inscrites au chômage en vertu de l'art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI) ont le droit de porter le délai d'attente à 30 jours par cas de prestations en contrepartie d'une adaptation de primes. Le gain maximal assurable correspond au montant annuel maximal selon la LACI. En outre s'appliquent les dispositions de l'art. 100, al. 2, LCA.

8.5 Si la personne assurée subit une incapacité de travail au moment du passage ou qu'elle est victime d'une rechute après le passage, les jours pour lesquels des prestations ont été allouées au titre du contrat collectif sont imputés sur la durée d'allocation des prestations de la nouvelle assurance individuelle. Le délai d'attente n'est pas imputé une nouvelle fois. Un droit à la libération du paiement des primes n'existe pas.

8.6 Pour les nouveaux cas de prestations indemnisés par l'assurance individuelle, les CGA du contrat d'assurance individuel sont applicables.

8.7 Il n'existe aucun droit de passage:

- en cas de changement d'emploi et de passage dans l'assurance du nouvel employeur
- en cas de dénonciation du contrat d'assurance collective et de poursuite de la couverture du même cercle de personnes ou d'une partie de celui-ci auprès d'un autre assureur
- pour les personnes assurées qui ont atteint l'âge de l'AVS ou en cas de retraite anticipée
- en cas de déménagement à l'étranger ou pour les personnes dont le domicile se situe déjà en dehors de la Suisse
- pour les travailleurs indépendants
- pour les membres de la famille travaillant dans l'entreprise qui ne touchent pas de salaire en espèces et ne cotisent pas à l'AVS

- en cas de dissolution du contrat de travail durant la période d'essai
- en cas de résiliation ou d'exclusion consécutive à une violation de l'obligation de déclarer
- en cas de tentative d'escroquerie ou d'escroquerie à l'assurance.

III Primes

Art. 9 Paiement des primes

- 9.1 La prime est stipulée dans le contrat pour chaque année d'assurance et est exigible à la date mentionnée sur le décompte de primes. En cas de paiements partiels, les acomptes non encore payés d'une prime annuelle restent dus. Les primes partielles peuvent évoluer en fonction des modalités de paiement convenues par contrat.
- 9.2 Si le contrat est annulé avant l'expiration de l'année d'assurance, la CSS rembourse la prime payée pour la période d'assurance non écoulée et ne réclame pas les acomptes exigibles ultérieurement.
- 9.3 Aucune prime n'est due pour les prestations versées dans l'assurance contre les dommages, qui se base sur le salaire AVS selon l'art. 15.1. Dans le cas d'un salaire annuel fixe convenu par contrat selon l'art. 15.2, les primes sont en revanche dues en cas de prestations également.
- 9.4 **Prime initiale**
Les factures de primes établies au début du contrat doivent être payées dans leur intégralité afin que les prestations puissent être versées.

Art. 10 Décompte de primes

- 10.1 Au début de l'année d'assurance, une prime provisoire est facturée sur la base des masses salariales annuelles provisoires convenues par contrat. La prime définitive est calculée sur la base des indications devant être fournies chaque année par le preneur d'assurance pour la fin de l'année d'assurance ou après la dénonciation du contrat. A cette fin, la CSS fait parvenir au preneur d'assurance un formulaire de déclaration et les directives qui s'y rapportent.
- 10.2 Le salaire soumis à cotisation selon la LAVS est déterminant pour le calcul des primes, jusqu'à concurrence toutefois du gain maximal assurable par année et par personne indiqué dans la police. Pour autant qu'un salaire annuel fixe ait été convenu pour les personnes mentionnées nommément dans la police, celui-ci est également valable pour le calcul des primes.
- 10.3 Pour vérifier les indications, la CSS peut consulter tous les documents déterminants de l'entreprise ou les faire contrôler par un tiers qu'elle aura mandaté.
- 10.4 La prime définitive constitue la future prime anticipée.
- 10.5 Si le preneur d'assurance omet de fournir à la CSS les renseignements nécessaires au calcul de la prime définitive dans le délai imparti, la CSS fixe la prime par estimation. Le preneur d'assurance est en droit de contester la prime estimée dans les 30 jours après réception du décompte de primes en fournissant les documents nécessaires à sa rectification. Si la CSS ne reçoit pas de contestation avant l'expiration du délai, la prime estimée est réputée être acceptée.

Art. 11 Retard de paiement

- 11.1 Le débiteur des primes est le preneur d'assurance. Si la prime ou la prime partielle n'est pas acquittée dans les délais, le preneur d'assurance est invité par lettre recommandée à donner suite au paiement dans l'intervalle de

14 jours à compter de la date d'envoi de la sommation recommandée. Si le montant de la facture et les frais de sommation ne sont pas réglés dans le délai légal, l'obligation de la CSS de verser les prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai.

- 11.2 Pour un nouveau cas de prestations survenu pendant l'interruption de la couverture, la CSS ne verse aucune indemnité journalière. Pour les cas en cours, aucune prestation n'est versée dans la période d'interruption de couverture. Les jours de la période sans couverture consécutifs à un retard de paiement sont entièrement imputés à la durée d'allocation des prestations.
- 11.3 La couverture reprend un jour après le règlement intégral de tous les arriérés de primes, intérêts moratoires, frais de sommation et de poursuite concernant ce contrat.
- 11.4 Dans les deux mois qui suivent la date d'expiration de la sommation, la CSS peut encaisser les primes en souffrance et les frais de sommation par la voie juridique. Si la CSS ne fait pas usage de ce droit, elle peut se départir du contrat en renonçant au paiement des primes en souffrance.
- 11.5 Les primes en souffrance ne peuvent être compensées par d'éventuelles prestations dues dans le cadre du contrat d'assurance.

Art. 12 Modification des primes

- 12.1 Vu l'évolution des sinistres et conformément aux critères décrits dans l'art. 12.2, les modalités de calcul du risque et de la prime sont variables. En conséquence, la CSS peut procéder à une adaptation de la prime pour l'année d'assurance suivante. A cette fin, elle doit communiquer les nouveaux taux de primes au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur. Si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec les nouveaux taux de primes, il peut résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. La résiliation écrite doit parvenir à la CSS le dernier jour de l'année d'assurance en cours au plus tard. Une absence de réaction équivaut à l'acceptation tacite de la modification des primes.
- 12.2 Les critères suivants entrent notamment en ligne de compte pour l'adaptation des primes: primes encaissées, prestations fournies, fréquence des sinistres, réserves éventuelles pour des cas de prestations en cours ou à prendre en charge, choix individuel du type de couverture et de prestations, perspectives liées à l'étendue de l'effectif d'assurés.

IV Prestations

Art. 13 Conditions pour l'allocation de prestations

- 13.1 La condition pour l'octroi de prestations est une incapacité de travail attestée d'un point de vue médical et fondée sur des critères objectifs. La CSS a le droit de refuser l'octroi d'une prestation si l'incapacité de travail que la personne fait valoir est, de manière prédominante due à des facteurs non médicaux tels que les problématiques liées au droit du travail ou si le diagnostic émis ne justifie pas une incapacité de travail. Un réexamen de l'octroi de prestations après un refus ou une interruption des indemnités journalières a uniquement lieu sur la base d'un nouveau rapport médical détaillé adressé par le spécialiste.
- 13.2 La CSS paie la perte de salaire attestée qui résulte d'une incapacité de travail assurée. La variante assurée, le montant, la durée et le délai d'attente sont mentionnés dans la police.

13.3 En cas d'incapacité de travail attestée, d'au moins

25% pour la couverture de coordination LPP

50% pour la couverture analogue à la LAMal

l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail.

Pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille qui travaillent dans l'entreprise assurée et qui ne sont pas assujettis à l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, une incapacité de travail d'au moins 50% est requise.

Art. 14 Durée de l'allocation de prestations

14.1 Début de l'allocation/délai d'attente

L'obligation de la CSS d'allouer des prestations débute à l'expiration du délai d'attente convenu par contrat. Le délai d'attente par cas commence le 1^{er} jour de l'incapacité de travail constatée par un médecin, mais au plus tôt 3 jours avant le début du traitement médical. Les jours avec une incapacité de travail d'au moins

25% pour la couverture de coordination LPP

50% pour la couverture analogue à la LAMal

comptent tant pour le calcul du délai d'attente que pour la durée d'allocation des prestations comme jours entiers. Les jours de la période sans couverture, consécutifs à un retard de paiement, sont entièrement imputés à la durée d'allocation des prestations. De même, les jours non indemnisés à la suite d'un emprisonnement ou d'une détention préventive sont imputés à la durée d'allocation des prestations.

Dispositions complémentaires à la couverture de coordination LPP

En cas de coordination des prestations avec d'autres assureurs, la durée d'allocation des prestations ne se prolonge pas.

14.2 Uniquement applicable à la couverture analogue à la LAMal

En cas d'incapacité de travail partielle, les indemnités journalières prennent fin après 720 jours, quelle que soit la somme qui a déjà été versée. En revanche, la couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle pour autant que cette dernière atteigne au minimum 25%. En cas d'incapacité de travail de 75% et plus, les prestations d'indemnités journalières s'éteignent lorsque l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes a été versé, déduction faite du délai d'attente convenu.

14.3 Congé non payé

La couverture d'assurance est maintenue durant un congé non payé, à condition que les rapports de travail avec l'entreprise assurée continuent d'exister. Aucune prime n'est due. Sur présentation d'un certificat médical d'incapacité de travail, le délai d'attente commence au plus tôt le premier jour de la reprise de l'activité telle que convenue dans le contrat.

14.4 Invalidité partielle

En cas d'aggravation temporaire ou durable de la maladie qui entraîne une invalidité partielle et pour laquelle le maximum des prestations a déjà été alloué, la durée de l'allocation des prestations est limitée à 90 jours tout au plus.

14.5 Personnes ayant atteint l'âge de l'AVS

Une durée d'allocation de prestations s'applique à tous les cas de prestations futurs qui concernent les personnes ayant atteint l'âge de l'AVS fixé par la loi jusqu'à leurs 70 ans révolus. Cette durée d'allocation de prestations est de 180 jours au total, déduction faite du délai d'attente. Les cas de prestations en cours prennent fin dès que l'âge de l'AVS fixé par la loi est atteint ou que l'assuré prend une retraite anticipée.

14.6 Prolongation de l'allocation de prestations

Après l'extinction de la couverture d'assurance, un cas de prestations en cours est décompté sur l'ancien contrat d'assurance collective jusqu'à sa clôture. Le droit à une prolongation du versement des prestations s'éteint dès que la capacité de travail est entièrement recouvrée ou que la durée d'allocation des prestations convenue a été atteinte. Après le départ de l'entreprise assurée, les nouvelles maladies ou l'aggravation de la maladie sont uniquement couvertes par l'assurance individuelle. La CSS verse aux personnes partiellement sans emploi selon la loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI) la moitié des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail supérieure à 25 % et les indemnités journalières entières en cas d'incapacité de travail supérieure à 50%.

14.7 Rechute

En cas de rechute dans les 365 jours, le délai d'attente n'est pas comptabilisé et les indemnités journalières qui ont déjà été versées sont imputées au calcul de la durée maximale d'allocation des prestations.

14.8 Un épuisement imminent du droit aux prestations ne peut être retardé par une renonciation momentanée aux prestations.

Art. 15 Calcul des prestations d'indemnités journalières

15.1 Base de calcul pour des prestations de l'assurance contre les dommages

Pour les travailleurs le salaire AVS selon la LAVS sert de base au calcul des indemnités journalières. La CSS garantit les prestations conclues dans le contrat dès la manifestation d'un événement assuré et uniquement si le dommage financier qui en résulte peut être prouvé. La CSS est en droit d'exiger les données à cet égard auprès du preneur d'assurance ou de la personne assurée.

15.2 Base de calcul pour des prestations versées dans le cadre de sommes salariales fixes

En cas de survenance d'un cas de prestations soumis à indemnisation, la CSS accorde les prestations assurées, indépendamment de l'existence d'un dommage financier. L'étendue des prestations découle de la police et des présentes conditions générales d'assurance. Les prestations assurées par contrat sont accordées indépendamment du fait que d'autres assureurs fournissent des prestations; leurs prestations ne sont donc pas imputées. La somme d'assurance indiquée dans la police est valable. Le salaire annuel fixe convenu doit toutefois correspondre le plus possible au salaire annuel AVS présumé. La CSS peut vérifier la masse salariale et procéder à une éventuelle adaptation ultérieure de la police.

Calcul des indemnités journalières

15.3 Les prestations d'indemnités journalières déterminées en fonction du salaire se calculent comme suit:

- Le calcul se base sur le dernier salaire soumis à l'AVS perçu avant le début de la maladie. Ce salaire est calculé pour une année entière, puis divisé par 365.

- Pour les travailleurs dont le salaire varie fortement, la moyenne des 12 derniers mois précédant l'incapacité de travail est prise en considération.
- Si la personne assurée travaillait chez plus d'un employeur avant sa maladie, seul le salaire perçu chez le preneur d'assurance est déterminant.

Si un salaire annuel fixe a été convenu pour les personnes assurées dont le nom figure dans le contrat, le gain journalier s'obtient en divisant ce salaire par le nombre de jours, soit 365. Le salaire annuel fixe n'est pas considéré comme une assurance de somme, mais comme une assurance contre les dommages. La CSS renonce à la preuve de la perte effective du salaire jusqu'au montant du revenu annuel qui figure dans la police. Si une incapacité de gain durable demeure après la fin de l'allocation des prestations, le salaire annuel convenu se réduit au taux de pourcentage correspondant.

- 15.4 Des modifications de salaire d'au moins 10% ou des modifications des relations de travail sont prises en considération dans le calcul des indemnités journalières. Ces accords doivent avoir été passés par écrit avant la survenance du cas de prestations et être spontanément remis à la CSS.

Art. 16 Maternité

- 16.1 Pour les arrêts de travail avant l'accouchement, les dispositions de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie sont applicables.
- 16.2 Le salaire AVS avant l'accouchement, compte tenu des limites salariales indiquées dans la police, sert de base de calcul des prestations.
- 16.3 Dans la mesure où la police est établie à cet effet, la CSS verse les indemnités journalières de maternité en plus des prestations de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG). Les conditions d'octroi des allocations se fondent sur la LAPG; le droit à des indemnités journalières de maternité débute au plus tôt avec le versement de l'allocation de maternité légale.
- 16.4 Si la personne assurée a été affiliée à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maternité de la CSS pendant moins de 9 mois au moment de la naissance, les indemnités journalières de maternité convenues sont versées pour la durée déterminée dans le contrat, mais tout au plus pendant 21 jours.
- 16.5 Pour la durée pendant laquelle une personne assurée perçoit une allocation de maternité selon la LAPG, une allocation de maternité cantonale ou encore des prestations de maternité d'un assureur privé, l'obligation de la CSS de verser des prestations issues de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est suspendue.

Art. 17 Limitation des prestations

- 17.1 Si la maladie n'est que partiellement la cause de l'incapacité de travail, la CSS ne verse que la partie correspondante des prestations.
- 17.2 Si une personne assurée malade, qui a droit à des prestations, se rend à l'étranger sans le consentement préalable de la CSS, elle n'a droit à aucune prestation pendant la durée de son séjour à l'étranger.
- 17.3 Aucun droit à des prestations n'est octroyé
- a) pour la durée qui précède l'annonce tardive et fautive du cas de prestations
 - b) en cas de non-observation des prescriptions du médecin, d'autres prestataires ou de la CSS
 - c) lorsque l'incapacité de travail n'est pas établie conformément à l'art. 13.1
 - d) en raison de traitements ou d'opérations esthétiques ou médicalement non nécessaires ainsi que de leurs séquelles. Les critères de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) sont déterminants

- e) pour les heures qui ont été perdues à la suite d'exams ou des traitements ambulatoires
- f) pour le suivi d'autres personnes sans que la personne assurée soit elle-même malade
- g) pour les accidents, les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident qui sont assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)
- h) en cas de délit ou de crime commis intentionnellement par la personne assurée
- i) en cas d'interruption de travail consécutive à un emprisonnement ou à une détention préventive
- j) pour les prestations dues à la participation à des rixes ou à des bagarres, sauf si la personne assurée n'y prenait pas part ou qu'elle venait en aide à une personne
- k) pour des conséquences résultant d'événements de guerre, d'attaques terroristes ou du service militaire effectué à l'étranger
- l) en cas de dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique, à l'exception des lésions causées par une radiothérapie prescrite par un médecin en rapport avec une maladie assurée.

17.4 Négligence grave

La CSS renonce à son droit de réduire ses prestations d'assurance en cas de dommage causé par une faute grave ou une entreprise téméraire.

Art. 18 Règles de comportement dans les cas de prestations

- 18.1 Au début du contrat de travail, le preneur d'assurance doit informer par écrit la personne assurée de ses obligations en matière de comportement.
- 18.2 Lorsqu'une incapacité de travail survient, le preneur d'assurance l'annonce à la CSS au moyen du formulaire prévu à cet effet dans les 5 jours suivant l'expiration du délai d'attente convenu, mais au plus tard après 30 jours d'incapacité de travail ininterrompue. Le certificat médical délivré par le médecin traitant doit être fourni en même temps que la déclaration.
- 18.3 En cas de communication tardive et fautive, le droit aux prestations assurées prend effet à la réception de la déclaration de maladie au plus tôt et le délai d'attente commence à partir de ce moment. Si le preneur d'assurance n'observe pas le délai de communication du cas de prestations, il assume le dommage qui en découle.
- 18.4 Le preneur d'assurance ou la personne assurée doit faire tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui ou d'elle pour favoriser le rétablissement et diminuer le dommage. En outre, l'obligation de diminuer le dommage est appréciée en fonction de critères qui relèvent du droit des assurances sociales.
- 18.5 En cas d'incapacité de travail prolongée, un certificat médical doit être spontanément envoyé chaque mois à la CSS. Celui-ci doit être limité dans le temps et ne doit pas être établi pour plus d'un mois. Les certificats médicaux établis rétroactivement ne sont pas admis. Toute modification du degré d'incapacité de travail au cours de la maladie doit être annoncée à la CSS sans délai.
- 18.6 La CSS a le droit d'organiser des visites de patients ainsi que de faire examiner la personne assurée par un médecin mandaté par ses soins ou de la faire expertiser. Les frais sont à la charge de la CSS.
- 18.7 La personne assurée est tenue de délier les médecins qui la traitent de leur obligation de garder le secret envers la CSS. La CSS traite toutes les informations médicales de façon confidentielle et respecte les directives en matière de protection des données.

- 18.8 La personne assurée met à profit sa capacité de travail ou sa capacité de travail résiduelle pour effectuer des tâches adaptées, plus faciles, au besoin dans un secteur professionnel différent.
- 18.9 Dans le cadre de son obligation de coopérer, la personne assurée obtempère dans le délai imparti si des opérations, thérapies ou autres mesures jugées nécessaires d'un point de vue médical sont recommandées par un médecin ou la CSS.
- 18.10 Sur l'ordre de la CSS, la personne assurée annonce son droit aux prestations à l'AI dans le délai prescrit par la CSS. Si la personne assurée ne suit pas ou suit trop tardivement l'ordre de la CSS, celle-ci peut réduire ses prestations d'indemnités journalières du montant que l'AI aurait payé si l'annonce du droit aux prestations avait été faite en temps voulu. Sur demande, la personne assurée donne à la CSS procuration pour déduire directement d'éventuelles prestations de l'AI des indemnités journalières avancées. Si la personne assurée refuse de donner procuration, les prestations d'indemnités journalières sont suspendues.
- 18.11 Toutes les communications qui ne sont pas rédigées en allemand, en français, en italien ou en anglais doivent être accompagnées d'une traduction certifiée conforme. Les frais sont à la charge de la personne assurée ou du preneur d'assurance.
- 18.12 Si les règles de comportement sont violées, la CSS peut réduire ou refuser les prestations selon son appréciation.

Art. 19 Fin des prestations

- 19.1 Le droit aux prestations prend fin pour les cas en cours:
- lorsque la durée totale des prestations est épuisée (épuisement des prestations)
 - en cas de décès de la personne assurée
 - à la fin du contrat de travail à durée déterminée
 - à la résiliation du contrat de travail durant la période d'essai
 - à l'âge de l'AVS ou en cas de retraite anticipée
 - en cas de déménagement définitif à l'étranger. Cette restriction ne concerne pas les frontaliers, pour autant qu'ils résident à leur domicile ou dans les environs.
 - en cas de changement d'employeur et/ou de changement d'assureur, dans la mesure où le nouvel assureur a adhéré à l'accord de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie.

Uniquement applicable à la couverture de coordination LPP

L'obligation d'allouer des prestations cesse au moment où commencent les prestations de la prévoyance professionnelle (LPP) à la suite d'une invalidité.

Art. 20 Concours avec des prestations de tiers

- 20.1 Si la personne assurée reçoit des prestations d'une assurance sociale suisse, d'une assurance étrangère correspondante ou d'un tiers civilement responsable, la CSS complète, à l'expiration du délai d'attente, ces prestations jusqu'à hauteur du montant de l'indemnité journalière assurée dans le contrat.
- 20.2 La CSS peut directement faire valoir les prestations allouées auprès de l'assureur social compétent ou du tiers civilement responsable ou les imputer sur le versement imminent de l'arriéré d'une rente auprès de l'assurance-invalidité (AI).
- 20.3 Si la personne assurée reçoit des prestations d'une autre assurance privée, la CSS verse une part proportionnelle.
- 20.4 La personne assurée est tenue de communiquer à la CSS tous les assureurs sociaux et privés, ainsi que les tiers civilement responsables et leurs prestations. En cas d'omission délibérée ou par négligence, la CSS peut refuser ses prestations.

- 20.5 **En cas de couverture de coordination LPP**
Si une indemnité journalière réduite est versée, ces jours comptent comme entiers pour le calcul du délai d'attente ainsi que celui de la durée des prestations.

En cas de couverture analogue à la LAMal

Après une réduction de l'indemnité journalière consécutive à une surindemnisation selon l'art. 78 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), et l'art. 69 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la personne assurée souffrant d'une incapacité de travail a droit (pour autant qu'elle remplisse les autres conditions de prestations) à l'équivalent d'au maximum 720 indemnités journalières pleines après déduction du délai d'attente. La durée de la perception de l'indemnité journalière se prolonge proportionnellement à la réduction. En cas d'incapacité de travail partielle, la personne assurée a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières au maximum après déduction du délai d'attente et en tenant compte du degré d'incapacité de travail.

- 20.6 Si la CSS verse ses prestations à la place d'un tiers civilement responsable, la personne assurée est tenue de lui céder ses prétentions à concurrence des prestations versées.
- 20.7 Les dispositions précitées, à l'exception de l'art. 20.3, sont également applicables aux personnes assurées qui ont un salaire annuel fixe convenu dans le contrat.

V Dispositions finales

Art. 21 Cession, nantissement et autres conventions

- 21.1 La cession et le nantissement de prestations d'assurance de la CSS ne sont pas autorisés sans le consentement de la CSS.
- 21.2 Les conventions de solde passées avec d'autres assureurs ou des tiers civilement responsables ne déploient aucun effet aussi longtemps qu'elles n'ont pas été approuvées par la CSS.

Art. 22 Impôt à la source en cas de prestations

- 22.1 Les prestations versées en remplacement du salaire aux personnes assurées qui sont soumises à l'impôt à la source sont versées au preneur d'assurance par la CSS.
- 22.2 L'employeur s'assure que le décompte est établi en bonne et due forme auprès de l'administration fiscale compétente.
- 22.3 Si néanmoins la CSS est poursuivie en justice par l'administration fiscale, elle a un droit de recours envers le preneur d'assurance.

Art. 23 Communications

Les communications au preneur d'assurance sont effectuées à la dernière adresse connue de la CSS. Un changement d'adresse doit être communiqué à la CSS dans les 14 jours qui suivent le déménagement. Les communications à la CSS doivent être faites à l'adresse mentionnée dans la police.

Art. 24 For juridique

En cas de litige, le preneur d'assurance ou la personne assurée peut intenter une action contre la CSS à Lucerne, à son domicile en Suisse ou sur son lieu de travail en Suisse.



CSS

Assurance