



Assurance perte de salaire (LCA).

Conditions générales d'assurance (CGA)

Sympany Assurances SA

Edition 2008



Sommaire

1. Bases de l'assurance

- 1.1. But
- 1.2. Assureur
- 1.3. Bases du contrat
- 1.4. Police d'assurance
- 1.5. Loi sur le contrat d'assurance
- 1.6. Formes masculine et féminine

2. Cercle des personnes assurées

- 2.1. Preneur d'assurance
- 2.2. Personnes assurées
 - 2.2.1. Travailleurs
 - 2.2.2. Assurance sur la base d'une convention particulière
 - 2.2.3. Propriétaire de l'entreprise et membres de sa famille
 - 2.2.4. Personnes non assurées

3. Validité territoriale

- 3.1. Généralités
- 3.2. Travailleurs détachés à l'étranger
- 3.3. Séjour à l'étranger en cas de maladie

4. Possibilités d'assurance

- 4.1. Couverture intégrale
 - 4.1.1. Principe
 - 4.1.2. Maladies et accidents préexistants
- 4.2. Couverture avec déclaration de santé
 - 4.2.1. Principe
 - 4.2.2. Maladies et accidents préexistants
 - 4.2.3. Annonce
 - 4.2.4. Déclaration de santé
 - 4.2.5. Obligation de renseigner
 - 4.2.6. Obligation du preneur d'assurance
- 4.3. Couverture échelonnée
 - 4.3.1. Principe
 - 4.3.2. Maladies et accidents préexistants

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

- 5.1. Début du contrat d'assurance
- 5.2. Durée du contrat d'assurance
 - 5.2.1. Généralités
 - 5.2.2. Prolongation du contrat d'assurance
- 5.3. Fin du contrat d'assurance
 - 5.3.1. Résiliation
 - 5.3.2. Fin du contrat d'assurance
 - 5.3.3. Résiliation du contrat par Sympany
 - 5.3.4. Renonciation au droit de résiliation en cas de sinistre

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

- 6.1. Début de la couverture d'assurance
- 6.2. Fin de la couverture d'assurance
- 6.3. Passage dans l'assurance individuelle
 - 6.3.1. Droit de passage
 - 6.3.2. Devoir d'information de l'employeur
 - 6.3.3. Etendue de la prolongation de l'assurance
 - 6.3.4. Imputation de prestations déjà perçues
 - 6.3.5. Exclusion du droit de passage

7. Etendue de l'assurance

- 7.1. Montant de l'indemnité journalière assurée
- 7.2. Base de calcul
 - 7.2.1. Principe
 - 7.2.2. Travailleurs
 - 7.2.3. Personnes avec montant de salaire fixe
 - 7.2.4. Gérants
 - 7.2.5. Augmentation de la couverture d'assurance
- 7.3. Couverture maximale

8. Prestations

- 8.1. Conditions régissant les prestations
 - 8.1.1. Maladie
 - 8.1.2. Accident
 - 8.1.3. Droit à l'allocation de maternité
 - 8.1.4. Incapacité de travail
 - 8.1.5. Certificat médical
- 8.2. Etendue des prestations
 - 8.2.1. Généralités
 - 8.2.2. Incapacité partielle de travail
 - 8.2.3. Prolongation de la couverture
 - 8.2.4. Accident
 - 8.2.5. Suspension des prestations en cas de maternité
 - 8.2.6. Indemnité d'accouchement
- 8.3. Début des prestations
- 8.4. Durée d'allocation des prestations
 - 8.4.1. Principe
 - 8.4.2. Imputation du délai d'attente
 - 8.4.3. Nouveau cas d'assurance
 - 8.4.4. Couverture échelonnée
 - 8.4.5. Durée des prestations en cas d'accouchement
 - 8.4.6. Age AVS
 - 8.4.7. Imputation en cas de reprise du contrat
- 8.5. Limitations en matière de prestations
 - 8.5.1. Exclusion des prestations
 - 8.5.2. Restrictions des prestations
 - 8.5.3. Obligation de remboursement

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

- 9.1. Obligations en cas de sinistre
- 9.2. Réduction du dommage
- 9.3. Obligation de renseigner
- 9.4. Violation de l'obligation de collaborer
- 9.5. Impôt à la source

10. Primes et paiements

- 10.1. Calcul des primes
- 10.2. Paiement des primes
 - 10.2.1. Facturation et échéance
 - 10.2.2. Décompte final
 - 10.2.3. Consultation de la comptabilité des salaires
 - 10.2.4. Remboursement de primes
 - 10.2.5. Retard de paiement
- 10.3. Exonération de prime en cas de sinistre
- 10.4. Adaptation des primes
- 10.5. Participation aux excédents
- 10.6. Versement des prestations
 - 10.6.1. Versement d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident
 - 10.6.2. Versement de l'indemnité d'accouchement
 - 10.6.3. Compensation
 - 10.6.4. Cession et mise en gage
 - 10.6.5. Prescription

11. Prestations de tiers

- 11.1. Coordination
 - 11.1.1. Généralités
 - 11.1.2. Pluralité d'assureurs
 - 11.1.3. Assurances sociales
 - 11.1.4. Renonciation aux prestations
- 11.2. Prestations provisoires et recours
- 11.3. Surindemnisation
 - 11.3.1. Travailleurs
 - 11.3.2. Personnes assurées avec montant de salaire fixe
 - 11.3.3. Assurances d'indemnités journalières auprès d'autres assureurs

12. Communications

13. For

1. Bases de l'assurance

1.1. But

L'assurance perte de salaire pour entreprises a pour but de couvrir la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite de maladie. La couverture de la perte de gain par suite d'accident et d'accouchement (indemnité d'accouchement) peut être incluse dans l'assurance.

1.2. Assureur

L'assureur est la société Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après Sympany).

1.3. Bases du contrat

Sont réputées bases du contrat

- la proposition d'assurance, y compris les déclarations de santé éventuelles
- la police d'assurance
- les conditions particulières (CP) mentionnées dans la police d'assurance
- les présentes Conditions générales d'assurance (CGA)
- la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908

1.4. Police d'assurance

La police d'assurance indique les couvertures d'assurance souscrites. Les conditions particulières et les accords particuliers qui dérogent aux Conditions générales d'assurance ou qui les complètent sont également mentionnés dans la police d'assurance.

1.5. Loi sur le contrat d'assurance

Pour autant que le contrat d'assurance ainsi que les CGA ne fixent pas de clauses dérogatoires, les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) sont applicables.

1.6. Formes masculine et féminine

Sympany s'engage en faveur du principe de l'égalité entre hommes et femmes. La forme masculine choisie dans les présentes CGA est également valable pour les personnes de sexe 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 sont soumis à l'AVS et
- qui n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus respectivement qui étaient déjà employés par le preneur d'assurance au moment d'atteindre l'âge AVS et disposaient de leur pleine capacité de travail

Les frontaliers 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 temporaires au bénéfice d'un contrat d'auxiliaire d'une durée maximale de trois mois,
- 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. Propriétaire de l'entreprise et membres de sa famille

Sont également couverts, dans la mesure où la police d'assurance les mentionne nommément et avec un montant de salaire fixe,

- a) le propriétaire de l'entreprise,
- b) son conjoint, ses enfants ou ses parents qui travaillent dans l'entreprise mais ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires.

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

3.1. Généralités

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

3.2. Travailleurs détachés à l'étranger

Pour les travailleurs détachés à l'étranger, l'assurance est valable durant 24 mois à compter 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.

3.3. Séjour à l'étranger en cas de maladie

Lorsqu'une personne assurée malade et ayant droit aux prestations se rend à l'étranger, elle n'a pas droit aux prestations pendant la durée du séjour à l'étranger, à moins que Sympany n'ait donné son consentement au préalable.

Cette restriction ne vaut pas pour les frontaliers en cas de séjour en Suisse.

4. Possibilités d'assurance

4.1. Couverture intégrale

4.1.1. Principe

La couverture intégrale est coordonnée avec la LPP et elle a pour but d'assurer la perte de gain sans la moindre réserve jusqu'au versement de la rente LPP.

4.1.2. Maladies et accidents préexistants

Dans le cadre de la couverture intégrale, 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 maladie et de suites d'accidents qui surviennent après l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

4.2.2. Maladies et accidents préexistants

Pour les maladies et les suites d'accidents qui préexistaient à l'entrée en vigueur de la protection d'assurance, la prestation assurée est allouée pour la durée des prestations prévue par la couverture échelonnée.

Les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille n'ont pas droit aux prestations prévues par la couverture échelonnée.

Sympany notifie la limitation de couverture par écrit à la personne assurée. Cette restriction déploie ses effets dès l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance.

4.2.3. Annonce

Le preneur d'assurance doit communiquer par écrit à Sympany toute nouvelle entrée dans l'entreprise.

4.2.4. Déclaration de santé

Pour vérifier les maladies et suites d'accidents préexistantes, un examen de santé est effectué lors de l'entrée dans l'entreprise au moyen d'une déclaration de la personne assurée sur le formulaire mis à disposition par Sympany.

4.2.5. Obligation de renseigner

La personne assurée est tenue de déclarer à Sympany toutes les maladies et suites d'accidents en cours ou préexistantes au moment de l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance. Sympany peut exiger un certificat médical ou un examen par le médecin-conseil. Elle peut désigner le médecin et elle en assume les coûts.

4.2.6. 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.

4.3. Couverture échelonnée

4.3.1. Principe

La couverture échelonnée a pour but d'allouer sans réserve des indemnités journalières ajustées sur l'obligation légale de l'employeur de verser le salaire selon le Code des obligations.

4.3.2. Maladies et accidents préexistants

Dans le cadre de la couverture échelonnée, les prestations sont également allouées pour les maladies et les suites d'accidents préexistantes au moment de l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance.

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

5.2.1. Généralités

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.

5.2.2. Prolongation du contrat d'assurance

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

- en cas de cessation de l'activité commerciale du preneur d'assurance,
- en cas de transfert du siège social à l'étranger,
- 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:

- en cas d'arriérés de primes conformément aux dispositions régissant les retards de paiement,
- si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, le preneur d'assurance a inexactement déclaré ou omis de déclarer un fait 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.

5.3.4. Renonciation au droit de résiliation en cas de sinistre

Sympany renonce expressément au droit que lui confère la loi de résilier le contrat en cas de sinistre. La résiliation pour la date d'échéance du contrat demeure réservée.

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

6.1. Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance de la personne assurée entre en vigueur le jour où celle-ci commence à travailler chez le preneur d'assurance.

Pour les personnes ne disposant pas de leur pleine capacité de travail au moment du début de l'assurance ou le jour du début de leur activité, la protection d'assurance ne prend effet qu'au moment de leur pleine reprise du travail.

Le jour du début de leur activité, les personnes atteintes d'une invalidité partielle et les travailleurs handicapés qui, en raison de leur atteinte à la santé, n'exercent qu'une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée doivent disposer de leur pleine capacité de travail pour l'activité à temps partiel convenue.

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

La couverture d'assurance de la personne assurée prend fin

- avec la cessation de ses rapports de travail avec le preneur d'assurance,
- lors de son départ à la retraite,

- c) lorsqu'elle a atteint l'âge de 70 ans révolus en cas de maintien de son activité après l'âge de la retraite,
- d) par épuisement définitif du droit aux prestations,
- e) en cas d'interruption de travail sans droit au salaire; la couverture d'assurance ne s'interrompt pas durant les interruptions de travail pour cause de maladie, d'accident ou de service dans l'armée suisse, la protection civile ou de service civil; une couverture d'assurance en cas de maladie durant un congé non payé jusqu'à 210 jours civils peut être incluse; la condition requise pour la couverture d'assurance en cas de maladie apparaissant à partir du 31^e jour à compter de l'interruption de travail est l'existence d'une assurance par convention selon la LAA,
- f) en cas de décès,
- 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.

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
 - lorsqu'elle a fini de toucher les prestations 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.

L'assurance individuelle débute le jour qui suit celui où l'intéressé a cessé d'appartenir au cercle des personnes assurées ou a fini de toucher les prestations ou un jour 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 est tenu de renseigner les personnes assurées sortant de l'assurance collective à temps et par écrit sur leur droit de passage et sur le délai dont elles disposent pour passer dans l'assurance individuelle.

Si le preneur d'assurance ne remplit pas ce devoir d'information, il répond des dommages qui en résultent.

6.3.3. Etendue de la prolongation de l'assurance

La prolongation de l'assurance se fait en principe dans les limites de la couverture d'assurance accordée jusqu'alors, dans la mesure où elle correspond au nouveau revenu de l'activité lucrative.

Les personnes sans activité lucrative peuvent s'assurer jusqu'à concurrence de la rente maximale simple AVS.

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

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

6.3.4. Imputation de prestations déjà perçues

Les prestations déjà perçues

- au titre de la présente assurance collective
- auprès d'assureurs antérieurs sont imputées sur la durée des prestations de l'assurance individuelle

6.3.5. Exclusion du droit de passage

Il n'y a aucun droit de passage

- a) lorsqu'une personne assurée change d'emploi et passe dans l'assurance perte de gain de son nouvel employeur,
- b) lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat d'assurance en faveur de ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur et que ce dernier doit, sur la base d'un accord de libre passage, garantir le maintien de la couverture d'assurance,
- c) tant que des prestations sont allouées dans le cadre de la prolongation de la couverture,
- d) lorsque la personne assurée prend sa retraite, au plus tard en atteignant l'âge ouvrant le droit à une rente AVS,
- e) lorsque la personne assurée a son domicile à l'étranger,
- f) pendant la durée d'une couverture provisoire.

7. Etendue de l'assurance

7.1. Montant de l'indemnité journalière assurée

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

7.2. Base de calcul

7.2.1. Principe

L'indemnité journalière est calculée en divisant par 365 la perte de gain annuelle moyenne assurée. L'indemnité journalière ainsi déterminée est versée pour chaque jour civil.

7.2.2. Travailleurs

Pour les travailleurs, la perte de gain subie du fait du cas d'assurance sert de base de calcul. Est réputé perte de gain subie 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 soumises à l'AVS, le salaire brut convenu selon les normes AVS s'applique en lieu et place du salaire AVS.

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 12 mois précédant l'incapacité de travail. Lorsque la période précédant l'incapacité de travail est inférieure à 12 mois, le calcul de l'indemnité journalière se fera par analogie.

7.2.3. Personnes avec montant de salaire fixe

Pour les personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, le montant de salaire fixe convenu par avance sert de base de calcul.

7.2.4. Gérants

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

7.2.5. Augmentation de la couverture d'assurance

Une déclaration de santé est requise lors de l'augmentation d'un montant de salaire fixe convenu. Une éventuelle restriction en matière de prestations ou un rejet de la propo-

sition ne s'applique qu'à l'augmentation d'assurance.

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 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 ou mentale. 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 déboitements 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

Sont assimilées aux accidents les maladies professionnelles reconnues comme telles par la LAA. 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.

8.1.3. Droit à l'allocation de maternité

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

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 sa profession ou une autre activité lucrative qui peut raisonnablement être exigée d'elle. 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. Certificat médical

L'allocation des indemnités journalières est subordonnée à la présentation d'un certificat médical attestant l'incapacité de travail de la personne assurée. Les certificats médicaux ainsi que les annonces de maladie ou d'accident ne peuvent être antidatés que de trois jours au plus.

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 d'assurance. Le montant total des indemnités journalières allouées ne doit pas dépasser la perte de gain subie par la personne assurée du fait du cas d'assurance, respectivement le montant de salaire fixe convenu.

8.2.2. Incapacité partielle de travail

En cas d'incapacité partielle de travail, les prestations sont versées en fonction du degré de l'incapacité de travail.

8.2.3. 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 maladie 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

Une prolongation de la couverture est exclue

- en cas de droit au libre passage d'un autre assureur lorsqu'il s'agit d'une reprise de contrat
- lorsque la personne assurée change d'emploi et passe dans l'assurance perte de gain de son nouvel employeur
- lorsque le contrat d'assurance prend fin
- lorsque la personne assurée prend sa retraite, au plus tard à l'âge ouvrant le droit à une rente AVS
- pour les travailleurs étrangers qui transfèrent leur domicile à l'étranger, sauf pendant la durée d'une hospitalisation à l'étranger; les frontaliers ne sont pas considérés comme travailleurs étrangers
- durant l'entre-saison, pour les personnes au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée

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

8.2.4. Accident

Lorsque le risque accident est inclus dans l'assurance, les prestations se calculent d'après l'étendue d'assurance convenue dans la police d'assurance. Si la couverture des accidents est incluse en complément de l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, les indemnités journalières ne sont allouées que dans la mesure où l'assureur LAA est tenu de verser des prestations.

8.2.5. Suspension des prestations en cas de maternité

L'obligation de servir des prestations en cas de maladie ou d'accident est suspendue pendant la durée du droit à des prestations en cas de maternité selon la Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG) ou à des indemnités d'accouchement selon la présente assurance.

8.2.6. Indemnité d'accouchement

L'indemnité d'accouchement complète l'allocation de maternité selon la Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG). Durant l'octroi de l'allocation de maternité et pendant 98 jours au plus, la différence entre le montant de l'allocation de maternité et le montant de l'indemnité d'accouchement assurée est versée. Pendant 14 jours supplémentaires, l'indemnité d'accouchement est versée à hauteur de l'indemnité journalière assurée. L'indemnité d'accouchement n'est pas versée lorsque les rapports de travail liant la personne assurée au preneur d'assurance prennent fin avant l'accouchement.

8.3. Début des prestations

Le droit aux prestations prend naissance à l'expiration du délai d'attente convenu.

Le délai d'attente débute le jour où commence l'incapacité de travail selon le certificat médical, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical. Sauf accord contraire, les délais d'attente sont calculés à nouveau pour chaque cas de maladie ou d'accident.

8.4. Durée d'allocation des prestations

8.4.1. Principe

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

8.4.2. Imputation du délai d'attente

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

8.4.3. Nouveau 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 12 mois sans interruption. Est déterminant à cet égard le taux d'occupation au moment de la survenance du sinistre.

8.4.4. Couverture échelonnée

Dans le cadre de la couverture échelonnée, la durée des prestations se détermine, par analogie avec l'obligation de l'employeur de verser le salaire, en fonction de la durée des rapports de travail dans l'entreprise assurée. L'échelle suivante est applicable:

| Durée des rapports de travail | Durée d'allocation des prestations |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 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.

8.4.5. Durée des prestations en cas d'accouchement

La durée des prestations en cas d'accouchement est de 112 jours au maximum. L'octroi de l'indemnité d'accouchement à hauteur de la différence entre le montant de l'allocation de maternité et le montant de l'indemnité d'accouchement assurée prend fin lorsque l'assurée reprend le travail. L'indemnité d'accouchement pour les 14 jours supplémentaires est versée à hauteur du montant assuré si, le jour de l'accouchement, l'assurée a droit à l'allocation de maternité selon la LAPG. L'indemnité d'accouchement est versée sans imputation d'un délai d'attente. Les indemnités journalières en cas d'accouchement ne sont pas imputées sur la durée maximale des prestations.

8.4.6. Age AVS

Les personnes assurées qui, après avoir atteint l'âge de l'AVS, continuent à travailler régulièrement pour le compte du preneur d'assurance ont droit à l'indemnité journalière assurée durant 180 jours au total, mais tout au plus jusqu'à l'âge de 70 ans révolus. La même réglementation 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, enfants, parents).

8.4.7. 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.

8.5. Limitations en matière de prestations

8.5.1. Exclusion des prestations

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

- pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur,
- lorsque l'attestation d'une incapacité de travail a été établie par un médecin ou un chiropraticien non reconnu par Sympany,
- 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,
- pour les maladies et les accidents dus à une participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents,
- lorsque le degré de l'incapacité de travail de la personne assurée est inférieur à 25 pour cent,
- 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,
- lorsque le contrat d'assurance a pris fin,
- pendant la durée d'un congé non payé,
- lorsque, de manière intentionnelle, la personne assurée touche ou tente de toucher des prestations de manière illicite,

- lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement,
- pour les dommages causés par l'énergie atomique,
- lorsque, durant une incapacité de travail, la personne assurée quitte passagèrement la Suisse sans l'accord de Sympany jusqu'à son retour en Suisse.

8.5.2. Restrictions des prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- lorsque la maladie ou les suites d'accident ne sont que partiellement la cause de l'incapacité de travail,
- pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c'est-à-dire lorsque la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures; sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes; est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou à un entraînement pour de telles courses,
- lorsque la personne assurée s'oppose gravement et à plusieurs reprises aux décisions de Sympany ou aux instructions du médecin,
- 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.

Les prestations minimales (durée des prestations selon la couverture échelonnée) sont versées:

- pour les employés temporaires assurés,
- durant un séjour non professionnel à l'étranger; les prestations assurées sont versées intégralement pendant la durée d'une hospitalisation à l'étranger,
- 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,
- pour les conséquences de tremblements de terre et d'autres catastrophes naturelles,
- pour les maladies épidémiques.

8.5.3. Obligation de remboursement

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

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

9.1. Obligations en cas de sinistre

Le preneur d'assurance doit informer Sympany dans les cinq jours de toute incapacité de travail qui pourrait donner droit à des indemnités journalières, en indiquant s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie.

Pour les délais d'attente convenus de plus de 21 jours, l'incapacité de travail doit être annoncée par écrit à Sympany dans les 30 jours à compter de sa survenance et au moyen de l'avis de maladie.

Le certificat médical doit être envoyé à Sympany au plus tard dix jours après le début de l'incapacité de travail, et en même temps que l'avis de maladie pour les délais d'attente de plus de 21 jours.

En cas d'omission 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.

L'annonce doit être faite de manière conforme à la vérité. Lorsque des prestations sont demandées, la personne assurée, respectivement le preneur d'assurance, doit mettre à disposition de Sympany toutes les informations comportant les indications médicales et administratives nécessaires.

9.2. Réduction du dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à diminuer les prestations, et notamment tout ce qui favorise la guérison. Elle doit éviter tout ce qui pourrait retarder la guérison. Elle doit notamment se conformer aux prescriptions du personnel médical.

La personne assurée qui reste totalement ou partiellement incapable de travailler dans sa profession habituelle est tenue le cas échéant d'exploiter sa capacité de gain résiduelle.

A la demande de Sympany ou du preneur d'assurance, la personne assurée doit

- se soumettre à un examen par un second médecin ou par le médecin-conseil de Sympany; les frais sont à la charge de Sympany
- consulter un médecin dès le premier jour d'incapacité de travail

9.3. Obligation de renseigner

En cas d'accident, la personne assurée, respectivement le preneur d'assurance, met à disposition de Sympany toutes les informations nécessaires sur les circonstances de l'accident ainsi que sur les tiers impliqués dans l'accident.

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. Primes et paiements

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. C'est tout au plus la couverture maximale convenue qui peut être prise en considération 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 un montant de salaire fixe a été convenu par avance pour des personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, ce montant-ci sert de base de calcul.

Le taux de prime de la somme de salaire assurée 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 des acomptes facturés est déterminé d'après la masse salariale définitive de la dernière année civile clôturée.

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 précédente 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 en cas de sinistre 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 preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de payer les primes même après un délai de grâce de 30 jours, Sympany somme le débiteur par écrit de s'acquitter des primes en souffrance dans un délai de 14 jours. La sommation attire l'attention du preneur d'assurance sur les conséquences de l'inobservation de l'obligation de payer les primes.

Si, en dépit de la sommation, la prime en souffrance n'est pas acquittée à l'échéance du délai de sommation, l'obligation de fournir des prestations est suspendue dès l'expiration du délai de sommation jusqu'au paiement intégral des primes en souffrance, y compris les intérêts et les frais administratifs. Pour les pertes de gain subies durant la suspension de l'obligation de fournir des prestations, il n'existe aucun droit aux prestations, même en cas de paiement ultérieur de la prime en souffrance.

Si Sympany n'engage pas de poursuites juridiques pour le paiement de l'acompte de prime en souffrance ou du décompte final dans les deux mois suivant l'expiration du délai de sommation, le contrat d'assurance prend fin.

10.3. Exonération de prime en cas de sinistre

Aussi longtemps que les rapports de travail auprès de l'entreprise assurée perdurent ou que des prestations sont allouées dans le cadre d'une prolongation de couverture, l'obligation de payer les primes est suspendue dans la mesure des prestations allouées sur la base de ce contrat.

Sont exceptées de cette réglementation les personnes assurées qui sont mentionnées dans la police d'assurance avec un montant de salaire fixe.

10.4. Adaptation des primes

Une adaptation des primes peut être opérée au vu de l'évolution des sinistres lorsque les prestations (y compris les provisions) dépassent 75 pour cent des primes durant la période d'observation. Par période d'observation, on entend l'année civile en cours et au moins deux années civiles antérieures.

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. Participation aux excédents

Une participation aux excédents peut être convenue.

Si une participation aux excédents est convenue, le preneur d'assurance participe après trois années d'assurance entières (= période de décompte) à un éventuel excédent résultant de son contrat d'assurance.

L'excédent est déterminé en déduisant les prestations d'assurance allouées de la part de prime déterminante et afférente à la période de décompte considérée. La part déterminante de la prime et le système de la participation aux excédents sont fixés dans la police d'assurance.

Le décompte est établi dès que les primes afférentes à la période de décompte considérée sont payées et que les sinistres correspondants sont liquidés. Les pertes ne sont pas reportées sur la prochaine période de décompte.

Lorsque des cas de maladie et des suites d'accidents afférents à la période de décompte clôturée sont annoncés ou indemnisés après l'établissement du décompte, un nouveau décompte de la participation aux excédents est établi. Sympany peut demander la restitution des parts d'excédents déjà versées.

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

10.6. Versement des prestations

10.6.1. Versement d'indemnités journalières 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. Les indemnités journalières sont versées au preneur d'assurance pour être reversées aux assurés aussi longtemps que ceux-ci sont employés par le preneur d'assurance.

10.6.2. 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.

10.6.3. Compensation

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

10.6.4. Cession et mise en gage

Les créances envers Sympany ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans son consentement.

10.6.5. Prescription

Le droit aux prestations du preneur d'assurance à l'égard de Sympany se prescrit par deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation de Sympany de fournir des prestations.

11. Prestations de tiers

11.1. Coordination

11.1.1. Généralités

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident annoncé sur la base de dispositions légales ou en raison d'une faute qui lui est imputable, Sympany se borne à compléter les prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée.

Il n'existe pas d'obligation 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 plusieurs assureurs sont tenus de fournir des prestations, il sera procédé au calcul du montant que chacun de ces assureurs aurait dû assumer s'il avait été seul en cause. Ceci est également valable lorsque l'obligation de fournir des prestations des autres assureurs n'existe qu'à titre subsidiaire. L'indemnité à verser selon les présentes CGA se limite à la partie de la somme d'assurance totale qui correspond à cette couverture.

11.1.3. Assurances sociales

Lorsque des assurances sociales sont tenues de verser des prestations, les indemnités journalières assurées sont réduites du montant des prestations des assurances sociales. Le droit à des prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée.

La personne assurée cède à Sympany ses éventuels droits à des versements complémentaires vis-à-vis des assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, APG, PP, allocations familiales dans l'agriculture, etc.).

11.1.4. 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 libéré de toute obligation de fournir des prestations selon les présentes CGA. La capitalisation d'un droit à des prestations est également considérée comme une renonciation.

11.2. Prestations provisoires et recours

Vis-à-vis de tiers, à l'exception des assurances sociales, Sympany peut allouer des prestations provisoires, pour autant que la personne assurée se soit efforcée dans des limites raisonnables et sans succès de faire valoir ses prétentions et qu'elle cède à Sympany ses droits vis-à-vis des tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

11.3. Surindemnisation

11.3.1. Travailleurs

Les prestations servies sur la base des présentes CGA ne doivent pas, cumulées avec des prestations de tiers, constituer une source de profit pour les personnes assurées ou pour le preneur d'assurance. En cas de surassurance, les prestations sont réduites en conséquence. Les prestations fournies en trop devront être restituées. Les jours avec des prestations partielles pour cause de réduction opérée par suite d'un droit aux prestations de tiers sont comptés comme des jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.

11.3.2. Personnes assurées avec montant de salaire fixe

L'étendue des prestations correspond au montant de l'indemnité journalière convenue. La réglementation relative à la surassurance n'est pas applicable. En revanche, les prestations ne sont pas versées lorsque celles-ci sont à la charge d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, APG, PP, allocations familiales dans l'agriculture, etc.).

11.3.3. 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. For

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

Ce texte est une traduction. En cas de divergences par rapport à la version originale allemande, le texte allemand fait foi.

Informations et contact
Internet: www.trustSympany.ch
Téléphone: 0800 955 955