Conditions générales d’assurance (CGA)

Helsana Business Salary

Assurance collective d’indemnités journalières selon la LCA

Information à la clientèle et conditions générales d’assurance (CGA)

Édition mai 2026

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA,
Helsana Assurances complémentaires SA et Helsana Accidents SA.

Helsana

Engagée pour la vie.

Sommaire

I. Information à la clientèle sur les conditions générales d'assurance 1

II. Conditions générales d'assurance (CGA) 4

Bases 4

1. Objet de l'assurance 4
2. Bases du contrat 4
3. Type d'assurance 4
4. Définitions 4

Début et fin du contrat collectif 5

5. Début et fin du contrat collectif 5
6. Résiliation du contrat collectif 5

Étendue de la couverture 5

7. Personnes assurées 5
8. Salaire assuré 6
9. Salaire en cas de décès 6
10. Validité territoriale 6

Début et fin de la couverture d'assurance 6

11. Début de la couverture d'assurance 6
12. Fin de la couverture d'assurance 7
13. Prestation complémentaire 7
14. Transfert dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières 7

Prestations 8

15. Conditions de prestations 8
16. Déclaration de cas de prestations 8
17. Début des prestations et délai d'attente 8
18. Durée des prestations et rechute 8
19. Interruption des prestations 9
20. Séjour à l'étranger 9
21. Vacances 9
22. Congé non payé 9
23. Limitations des prestations d'assurance 10
24. Devoirs et obligation de réduire le dommage en cas de prestations 10
25. Manquement aux devoirs et à l'obligation de réduire le dommage 11
26. Calcul et paiement de l'indemnité journalière 11
27. Prestations pendant une maternité 12
28. Indemnité de maternité et congé paternité 12
29. Prestations de tiers 12
30. Mise en gage et cession de prestations, droit de recours 12

Primes 13

31. Bases du calcul des primes 13
32. Paiement des primes 13
33. Déclaration de la masse salariale 13
34. Retard de paiement 13
35. Remboursement de la prime 13
36. Compensation de prestations et obligation de restituer 13
37. Assurance avec participation aux excédents 14
38. Modification du tarif de primes 14
39. Modification du taux de prime et du type de tarification 14

Dispositions finales **15**

40. Communications et obligation d’informer 15
41. Clause de courtage 15
42. Clause d’erreur et d’omission 15
43. Protection des données 15
44. For juridique 15

I. Information à la clientèle sur les conditions générales d'assurance

Votre assurance collective d'indemnités journalières en bref

Vous trouverez ici les principales caractéristiques de votre assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA conclue avec votre partenaire contractuel Helsana Assurances complémentaires SA, ci-après dénommée « Helsana ». Ces informations visent uniquement à une meilleure compréhension. Les bases du contrat présentées au ch. 2 des Conditions générales d'assurance (CGA) ci-après sont déterminantes et juridiquement contraignantes.

Que comprend votre couverture d'assurance ?

Qui est assuré ?
En tant qu'employeur, vous assurez vos employés et employées soumis à l'AVS contre la perte de gain résultant d'une incapacité de travail consécutive à une maladie. Vous trouverez dans votre police les personnes ou groupes de personnes que vous avez assurés.
Les personnes exerçant une activité indépendante peuvent également s'assurer elles-mêmes ainsi que les membres de leur famille qui travaillent avec elles.

Qu'est-ce qui est assuré ?
Pendant une incapacité de travail médicalement attestée d'au moins 25 %, causée par une maladie ou des troubles de la grossesse, les personnes assurées ont droit à des indemnités journalières.

Si une maladie conduit au décès d'une personne employée, Helsana vous aide financièrement à répondre à votre obligation légale en matière de droit au salaire, conformément au Code suisse des obligations.

Vous avez en outre la possibilité d'offrir aux futures mères et aux futurs pères une couverture supplémentaire en assurant vos employés pour l'indemnité de maternité et le congé paternité en complément de la LAPG.

Les personnes exerçant une activité indépendante ainsi que les membres de leur famille qui travaillent avec elles et qui ne sont pas soumis à l'AVS peuvent également assurer le risque accident.

Vous trouverez dans votre police l'étendue de vos prestations convenue individuellement.

Revenu assuré
En ce qui concerne les personnes employées, le revenu assuré est le dernier salaire AVS effectivement perçu dans l'entreprise assurée jusqu'à concurrence d'un plafond fixé dans la police. Un éventuel bonus, un tantième ou une rémunération variable (p. ex. des commissions, allocations) sont également assurés pour autant qu'ils soient soumis à l'AVS.

Les personnes exerçant une activité indépendante ainsi que les membres de leur famille qui travaillent avec elles et qui ne sont pas soumis à l'AVS conviennent d'une somme assurée.

Prestations étendues
Vous pouvez également inclure un Budget Prévention.

Pour le Budget Prévention, les CG correspondantes s'appliquent en tant que composante du contrat d'assurance. Ce budget peut être utilisé pour des mesures préventives visant à promouvoir la santé en entreprise et est mis à disposition chaque année. Le budget inutilisé se périme en fin d'année.

Que devez-vous savoir au sujet de la durée du contrat et des prestations ?

Durée du contrat
En règle générale, le contrat est conclu pour trois ans. À la fin de cette période, il est reconduit d'année en année, pour autant qu'aucun des partenaires contractuels n'ait reçu une résiliation par écrit au plus tard trois mois avant l'expiration du contrat.

Début de la couverture d'assurance
La couverture d'assurance débute pour chaque personne assurée le jour où le rapport de travail commence, au plus tôt toutefois au début du contrat indiqué dans la police.

Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance au titre du présent contrat expire dans les situations suivantes :

- en cas de cessation du contrat collectif ;
- en cas de cessation du rapport de travail ;
- lorsque l'âge de 70 ans est atteint ;
- en cas de transfert du domicile à l'étranger. Sont exclues de cette restriction les personnes assurées qui restent soumises aux assurances sociales suisses.

Durée des prestations

La durée des prestations est indiquée dans la police et s'élève au maximum à 730 jours. Les délais d'attente sont imputés sur la durée des prestations sauf convention contraire dans la police. Une fois l'âge de référence AVS atteint, la durée des prestations est réduite à 180 jours au total.

À quoi faut-il prêter attention et quelles sont les obligations découlant du contrat ?

Vos obligations en tant qu'employeur

Veuillez informer vos collaborateurs et collaboratrices des principaux éléments du contrat, des modifications et de la dissolution du contrat. Mentionnez également leurs obligations en cas de prestations.

La loi vous impose également d'informer vos collaborateurs et collaboratrices de leur droit de transfert dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières et du délai de trois mois. Un transfert est possible sans examen de santé. Vous trouverez les exceptions au ch. 14.6 des CGA.

Les prestations d'indemnités journalières versées par Helsana reviennent aux collaborateurs et collaboratrices en incapacité de travail et doivent être transmises en conséquence. Si les indemnités journalières sont soumises à l'impôt à la source, vous êtes responsable en tant qu'employeur du décompte conforme à la législation et du versement dans les délais.
Si une personne assurée fait valoir son droit de créance direct ou qu'elle se retire pendant le cas de prestations, le paiement lui est directement adressé. Dans ces cas, Helsana prend en charge le paiement de l'impôt à la source.

Les primes doivent être payées dans les délais afin de réduire les frais et de garantir une couverture sans interruption. Nous vous prions en outre de nous remettre la déclaration de la masse salariale complète et conforme à la vérité au plus tard le 31 janvier de l'année en cours.

Veuillez nous informer immédiatement en cas de changement de votre domicile commercial, de votre adresse d'envoi, de votre mode d'exploitation, des rapports de propriété ou en cas de reprise d'entreprises ou de parties d'entreprises.

Déclaration de cas de prestations

Les cas de maladie doivent être déclarés à Helsana au plus tard 30 jours après le début de l'incapacité de travail. N'oubliez pas de soumettre un certificat d'incapacité de travail. Le droit aux prestations peut être raccourci ou refusé si vous annoncez le cas de maladie de manière tardive ou si la personne assurée ne dispose pas de certificat d'incapacité de travail.

Les principales obligations de la personne assurée

Un droit aux prestations n'est accordé que si la personne assurée se soumet au traitement médicalement nécessaire au plus tard cinq jours après la survenance de l'incapacité de travail et applique les consignes du personnel médical. En outre, elle doit remettre un certificat médical chaque mois si l'incapacité de travail dure plus d'un mois.

La personne assurée est également tenue de fournir à Helsana toutes les informations nécessaires pour clarifier le droit aux prestations et pour déterminer le montant des prestations.

Si une personne assurée se rend à l'étranger en vue du traitement, de soins ou d'un accouchement, Helsana doit en être informée au moins cinq jours avant le départ. Il en va de même si la personne assurée planifie des congés pendant l'incapacité de travail.

Manquement de la personne assurée à ses obligations

Les prestations d'assurance peuvent être réduites de manière provisoire ou durable ou, dans les cas graves, refusées, si la personne assurée manque à ses obligations. De telles sanctions ne sont pas encourues si la personne assurée fait la preuve que la faute ne lui est pas imputable.

Comment Helsana protège-t-elle mes données ?	**Protection des données** Les personnes assurées bénéficient de la protection complète de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et des directives en matière de protection des données d'Helsana. La déclaration de protection des données d'Helsana Assurances complémentaires SA est disponible sur **helsana.ch/protection-des-donnees** ou peut être demandée au Service Clientèle.
Remarques importantes	**Convention de libre passage** Helsana a signé la convention de libre passage de l'Association Suisse d'Assurance (ASA) et de santésuisse. Vous trouverez des informations complémentaires à ce sujet sur le site Internet de l'ASA. Si, sur la base de cette convention de libre passage, les personnes assurées ont droit à des conditions plus avantageuses que les CGA ci-après, ces conditions sont d'application.

II. Conditions générales d'assurance (CGA)

Bases

Helsana Assurances complémentaires SA verse les prestations d'assurance en qualité de partie au contrat d'assurance vis-à-vis des personnes assurées. Helsana Assurances complémentaires SA est désignée par « Helsana ».

1. Objet de l'assurance

L'assurance collective d'indemnités journalières d'Helsana garantit une couverture d'assurance contre les conséquences économiques d'une incapacité de travail pour cause de maladie et, si prévu dans le contrat, d'accident.

2. Bases du contrat

Le contrat se base sur :

2.1 la police ;

2.2 les déclarations du preneur ou de la preneuse d'assurance ou de la personne assurée mentionnées dans la proposition d'assurance et les éventuelles déclarations de santé ;

2.3 les présentes conditions générales d'assurance (ci-après CGA) ;

2.4 les conventions ou accords particuliers, dans la mesure où Helsana les a confirmés dans la police en tant que Conditions particulières d'assurance (CPA) ;

2.5 les Conditions générales (CG) des prestations de prévention mentionnées dans la police et incluses en sus ;

2.6 la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

3. Type d'assurance

3.1 Le type d'assurance est indiqué dans la police. Il peut s'agir d'une assurance de dommages, comme définie au ch. 3.2, ou d'une assurance de sommes, comme définie au ch. 3.3.

3.2 Une assurance de dommages est une assurance qui, dans un cas de prestations, rembourse uniquement le dommage effectivement occasionné et concrètement attesté dans le cadre de la somme d'assurance convenue.

3.3 Une assurance de sommes est une assurance qui, en cas de prestations, rembourse la somme assurée convenue dans la police en fonction du degré d'incapacité de travail. Il n'est pas nécessaire d'apporter la preuve du dommage effectivement subi.

4. Définitions

4.1 Est réputée maladie 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.

4.2 Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique. Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident mentionnées dans la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont assimilées aux accidents.

4.3 Une maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.

4.4 Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.
Après six mois d'incapacité de travail, l'activité qui peut être raisonnablement exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4.5 Un cas de prestations résulte d'une incapacité de travail consécutive à une maladie ou à un accident. Toute autre incapacité de travail durant un cas de prestations ne justifie pas un nouveau cas de prestations.

4.6 Sont considérés comme médecins les médecins, dentistes et chiropraticien·ne·s titulaires d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger équivalent et autorisés à exercer leur profession en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein. À l'étranger sont reconnus les titulaires d'un certificat d'aptitude équivalent autorisés à exercer leur profession.

Début et fin du contrat collectif

5. Début et fin du contrat collectif

5.1 Le contrat collectif débute à la date indiquée dans la police ou dans une confirmation de couverture ou confirmation de couverture écrite d'Helsana.

5.2 À la date d'échéance indiquée dans la police, de même qu'à la fin de chaque année d'assurance suivante, le contrat collectif se prolonge tacitement d'une année, pour autant qu'aucune résiliation du contrat n'ait été notifiée dans les délais.

5.3 Le contrat collectif s'éteint :

a) en cas de résiliation ;

b) en cas de transfert du siège social à l'étranger ou

c) en cas de cessation de l'activité.

6. Résiliation du contrat collectif

6.1 Le contrat collectif d'assurance peut être résilié par le preneur ou la preneuse d'assurance ou par Helsana la première fois à la date d'échéance mentionnée dans la police, puis à la fin de chaque année d'assurance. L'année d'assurance commence à la date d'échéance principale mentionnée dans la police. La résiliation doit être notifiée par écrit et être parvenue à Helsana ou au preneur ou à la preneuse d'assurance au moins trois mois avant le terme.

6.2 Le preneur ou la preneuse d'assurance a le droit de résilier le contrat collectif chaque fois qu'Helsana octroie une indemnisation pour un cas de prestations. La résiliation doit être notifiée par écrit et être parvenu à Helsana au plus tard dans les 14 jours qui suivent la prise de connaissance du dernier paiement d'un cas de prestations. Le contrat collectif prend fin au moment où Helsana reçoit cette communication.

6.3 Pour sa part, Helsana renonce à ce droit de résiliation. Cette renonciation à la résiliation de la part d'Helsana ne s'applique pas en cas de fraude à l'assurance tentée ou menée à bien, de faux dans les titres ou de manquement aux devoirs d'annonce à la conclusion du contrat (réticence).

Étendue de la couverture

7. Personnes assurées

7.1 Sont assurés les groupes de personnes et les personnes nommément citées indiqués dans la police.

Personnes employées

7.2 Les personnes employées sont assurées :
– lorsqu'il existe un rapport de travail entre elles et le preneur d'assurance et
– lorsqu'elles sont affiliées à l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) en raison de leur statut d'employées. Les apprenties et apprentis sont assimilés aux personnes employées.

7.3 Les personnes employées qui sont totalement aptes à travailler lorsqu'elles atteignent l'âge de référence AVS légal selon la LAVS ou lorsqu'elles sont engagées après avoir atteint l'âge de référence restent assurées jusqu'à l'âge de 70 ans.

Une durée de prestations réduite s'applique pour ces personnes selon le ch. 18.2.

Personnes exerçant une activité indépendante

7.4 Pour les personnes exerçant une activité indépendante et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne sont pas affiliés à l'AVS, l'admission dans l'assurance doit être demandée individuellement au moyen d'une déclaration de santé. En ce qui concerne l'atteinte de l'âge de référence AVS, les mêmes dispositions que celles du ch. 7.3 s'appliquent.

Personnes non assurées

7.5 Les personnes non assurées sont :

a) celles qui travaillent pour le preneur ou la preneuse d'assurance sans rapport de travail direct, telles que le personnel rattaché à une entreprise tierce, les mandataires ainsi que les membres non employés des organes du preneur ou de la preneuse d'assurance ;

b) celles dont le domicile se trouve à l'étranger et qui sont employées en Suisse, mais qui ne sont pas soumises aux assurances sociales suisses en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes avec l'Union européenne (UE) ou de la convention AELE.

2603_Einzel_AVB_KTG_FR

8. Salaire assuré

Personnes employées

8.1 En ce qui concerne les personnes employées, l'assurance porte sur le salaire AVS effectif jusqu'au salaire annuel maximal assuré par personne, conformément à la police. Le pourcentage du salaire assuré indiqué dans la police est couvert.

Si des membres de l'administration et des organes dirigeants travaillent simultanément en tant que personnes salariées au sein de l'entreprise assurée, les rémunérations comprises dans le salaire AVS sont également assurées sous la forme d'honoraires des membres des conseils d'administration, de tantièmes, d'indemnités fixes et de jetons de présence.

8.2 L'allocation pour enfant et l'allocation de formation professionnelle des caisses de compensation pour allocations familiales sont coassurées. Dans ce cas, le droit aux prestations débute à l'échéance du délai d'attente convenu dans la police, mais au plus tôt à partir du cinquième mois civil.

8.3 Les indemnités soumises à l'AVS convenues et versées en cas de cessation du rapport de travail sont exclues du salaire assuré.

Personnes exerçant une activité indépendante

8.4 Pour les personnes exerçant une activité indépendante et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne sont pas affiliés à l'AVS, l'assurance porte au maximum sur la somme d'assurance convenue dans la police.

8.5 Dans le cas d'une assurance de dommages visée au ch. 3.2, il existe un droit aux prestations dans le cadre de la perte de gain attestée.

Dans le cas d'une assurance de sommes visée au ch. 3.3, il existe un droit à la somme assurée convenue dans la police en fonction du degré de l'incapacité de travail. Dans la mesure où cela a été convenu contractuellement, les éventuelles prestations de tiers sont comptabilisées conformément au ch. 28.

9. Salaire en cas de décès

Helsana participe au droit au salaire dû par le preneur ou la preneuse d'assurance en vertu de l'art. 338, al. 2 CO, si une personne assurée décède des suites d'une maladie. Le montant de l'indemnité correspond au salaire AVS fixé dans le contrat de travail, toutefois limité au salaire maximum assuré par personne et par année convenu dans la police. Dans le cas de prestations convenues dans le contrat de travail, en dérogation à l'art. 338, al. 2 CO, à l'égard de la personne employée, le preneur d'assurance reste obligé d'allouer des prestations pour la différence.

10. Validité territoriale

10.1 L'assurance est valable dans le monde entier.

10.2 En cas de séjour hors de Suisse, dans des États qui ne font pas partie de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), des prestations sont accordées uniquement quand un séjour hospitalier est médicalement nécessaire et uniquement aussi longtemps qu'un retour en Suisse n'est pas possible.

10.3 Les conditions mentionnées au ch. 10.2 ne s'appliquent pas aux personnes employées détachées à l'étranger. La couverture d'assurance pour les personnes détachées est maintenue aussi longtemps que la couverture d'assurance obligatoire prévue par la LAA et la LAMal existe. Demeurent réservées les dispositions selon les ch. 7.2 et 7.3.

Début et fin de la couverture d'assurance

11. Début de la couverture d'assurance

Personnes employées

11.1 La couverture d'assurance débute pour chaque personne assurée le jour où le rapport de travail commence, au plus tôt toutefois au début du contrat indiqué dans la police.

11.2 Les personnes qui, au début du rapport de travail, sont partiellement ou entièrement en incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident ne sont assurées que lorsqu'elles ont recouvré leur pleine capacité de travail conformément au contrat de travail.

11.3 Les personnes employées qui perçoivent une rente d'invalidité en raison d'une invalidité partielle et sont engagées à temps partiel dans l'entreprise assurée doivent être pleinement aptes au début de la couverture d'assurance à travailler pour l'emploi à temps partiel convenu.

En cas d'aggravation temporaire ou durable de l'affection qui a conduit à l'invalidité partielle, les prestations sont fournies au maximum 180 jours par cas de prestations. Si l'aggravation entraîne une augmentation de la rente de l'assurance-invalidité, les prestations sont réduites conformément au ch. 29.

Personnes exerçant une activité indépendante

11.4 Pour les personnes exerçant une activité indépendante et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne sont pas affiliés à l'AVS, la couverture d'assurance débute à la date indiquée dans la police.

12. Fin de la couverture d'assurance

12.1 La couverture d'assurance s'éteint pour toutes les personnes assurées à la fin du contrat collectif.

12.2 La couverture d'assurance s'éteint pour la personne assurée dans les cas suivants :

a) si elle quitte le cercle des personnes assurées ;

b) lorsqu'elle atteint l'âge de 70 ans si elle était toujours assurée au sens des ch. 7.3 et 7.4 ;

c) en cas de décès de la personne assurée ou

d) en cas de transfert du domicile à l'étranger. Sont exclus de cette restriction les personnes employées qui restent soumises aux assurances sociales suisses.

13. Prestation complémentaire

13.1 S'agissant des personnes assurées qui, au terme de la couverture d'assurance, sont en incapacité de travail, le droit aux prestations pour le cas de prestations en cours est maintenu dans le cadre des dispositions contractuelles (prestation complémentaire). Le droit à la prestation complémentaire s'éteint lorsque la personne assurée recouvre sa pleine capacité de travail.

Limitations de la prestation complémentaire

13.2 La prestation complémentaire visée au ch. 13.1 ne s'applique pas :

a) si le contrat est repris par un autre assureur qui, en vertu d'un accord de libre passage, doit poursuivre les versements au titre des indemnités journalières ;

b) s'il s'agissait d'un rapport de travail à durée déterminée, à l'exception des contrats d'apprentissage ;

c) en cas de rechute selon le ch. 17.3 ;

d) si l'âge de référence AVS est atteint, pour autant qu'une poursuite de l'occupation au-delà de l'âge de référence AVS n'ait pas été convenue contractuellement par écrit avant la survenance de l'incapacité de travail ou

e) si l'âge de 70 ans est atteint.

Pour les personnes exerçant une activité indépendante et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne sont pas affiliés à l'AVS, la prestation complémentaire visée au ch. 13.1 n'est en outre pas applicable si elles cessent leur activité professionnelle pour des raisons économiques sans rapport avec l'incapacité de travail assurée.

14. Transfert dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières

14.1 Les personnes qui quittent le cercle des assurés ont le droit d'être transférées dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières selon la LCA d'Helsana dans les trois mois suivant leur départ, sans nouvel examen de leur état de santé. Les personnes assurées bénéficient du même droit en cas de dissolution du contrat collectif. Le transfert doit être demandé par écrit. L'assurance individuelle d'indemnités journalières débute un jour après la sortie du cercle des personnes assurées ou la cessation du contrat collectif.

14.2 Le preneur ou la preneuse d'assurance doit informer la personne assurée lors de la rupture du rapport de travail de son droit de transfert dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières et du délai de trois mois. La même obligation est valable en cas de dissolution du contrat collectif.

14.3 Si la personne assurée reçoit une prestation complémentaire selon le ch. 13.1, le délai commence à courir à compter de la fin de l'obligation d'allouer des prestations. Dans ce cas, c'est Helsana qui renseigne la personne assurée.

14.4 Les personnes ayant fait l'objet du transfert ont droit à une couverture d'assurance dans le cadre des prestations assurées à ce jour. Les dispositions et les tarifs de l'assurance individuelle d'indemnités journalières sont toutefois déterminants pour le nouveau contrat. Le dernier salaire assuré sert de base pour le calcul du salaire assuré par l'assurance individuelle d'indemnités journalières. L'indemnité journalière peut être réduite dans la mesure où l'activité lucrative diminue ou un revenu inférieur est perçu. S'agissant des personnes sans emploi au sens de l'art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage (ci-après dénommée LACI), le montant qui résulterait de l'allocation de chômage ou le salaire maximal assurable par l'assurance individuelle d'indemnités journalières est assurable. Si la personne le souhaite, le délai d'attente peut être prolongé ou réduit à un minimum de 30 jours.

Assurance de sommes

14.5 Dans le cas d'une assurance de sommes au sens du ch. 3.3, l'indemnité journalière est adaptée en fonction du revenu actuel dans le cadre de l'assurance individuelle d'indemnités journalières, et transformée en assurance de dommages.

Restrictions du droit de transfert

14.6 Il n'existe pas de libre passage ni de droit de transfert pour les personnes assurées :

a) qui sont domiciliées à l'étranger, sauf si elles restent soumises aux assurances sociales suisses ;

b) qui sont engagées au titre d'un contrat de travail à durée déterminée, sauf si la personne est considérée comme au chômage au sens de l'art. 10 LACI ;

c) si les rapports de travail ont été résiliés pendant la période d'essai, sauf si la personne est considérée comme au chômage au sens de l'art. 10 LACI ;

d) qui ont atteint l'âge de référence AVS ou qui prennent une retraite anticipée ;

e) si la durée des prestations prévue dans le contrat collectif pour une incapacité de travail totale a été épuisée;

f) en cas de changement d'emploi et de passage dans l'assurance collective d'indemnités journalières du nouvel employeur ;

g) en cas de prétention frauduleuse à des prestations d'assurance (art. 40 LCA) ou

h) en cas de suppression du contrat collectif et reprise de celui-ci auprès d'un autre assureur, dans la mesure où le nouvel assureur est tenu de garantir le maintien de la couverture d'assurance sur la base d'une convention de libre passage.

Prestations

15. Conditions de prestations

15.1 Dans le cadre de l'assurance de dommages visée au ch. 3.2, la personne assurée doit fournir la preuve de la perte de gain. Si elle ne peut apporter la preuve de la perte de gain, elle n'a pas droit aux prestations.

15.2 L'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail, à partir d'une incapacité attestée de 25 % au minimum.

15.3 Pour les personnes employées partiellement invalides ou qui, en raison de l'altération de leur état de santé, exercent uniquement une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée, l'incapacité de travail est mesurée en fonction du degré d'incapacité à continuer d'exercer l'activité à temps partiel actuelle.

15.4 Les absences au travail pour des examens ou traitements ambulatoires ne justifient pas un droit aux indemnités journalières.

16. Déclaration de cas de prestations

Les demandes indemnités journalières doivent être soumises à Helsana au plus tard 30 jours après le début de l'incapacité de travail, indépendamment du délai d'attente.

Après une annonce de maladie, un certificat d'incapacité de travail établi par un médecin conformément au ch. 4.6 doit toujours être remis.

Si l'annonce de maladie est reçue plus tard, l'obligation de verser des prestations commence à la réception de ladite annonce. La durée des prestations commence cependant à courir dès le premier jour de l'incapacité de travail.

17. Début des prestations et délai d'attente

17.1 L'obligation d'allouer des prestations commence après écoulement du délai d'attente mentionné dans la police. Sauf mention contraire dans la police, celui-ci s'applique par cas de prestation.

17.2 Ce délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, au plus tôt cependant cinq jours avant le début du traitement médical. Les jours d'incapacité de travail partielle sont considérés comme des jours entiers pour le calcul du délai d'attente.

17.3 Si l'assurance-accidents selon la LAA est gérée par Helsana Accident SA, Helsana comptabilise au maximum 30 jours de délai d'attente en cas de transfert d'un cas d'accident dû à une incapacité de travail vers la maladie.

18. Durée des prestations et rechute

18.1 Helsana alloue l'indemnité journalière par cas de prestations au maximum pendant la durée des prestations indiquée dans la police. Les délais d'attente sont imputés sur la durée des prestations sauf convention contraire dans la police. Toute autre incapacité de travail durant un cas de prestations ne justifie pas un nouveau cas de prestations. Les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 % sont considérés comme des jours entiers.

18.2 Pour les personnes assurées qui, au début du cas de prestations, touchent une rente de vieillesse de l'AVS, mais au plus tard à l'atteinte de l'âge de référence de l'AVS, une durée des prestations de 180 jours au total est appliquée en lieu et place de la durée des prestations mentionnée dans la police.

Rechute

18.3 En ce qui concerne la durée des prestations et le délai d'attente, la réapparition d'une maladie ou des suites d'un accident est considérée comme nouveau cas de prestations si la personne assurée n'a pas subi d'incapacité de travail en raison de cette maladie ou des suites de l'accident pendant au moins 365 jours consécutifs avant la rechute.

En cas de rechute dans les 365 jours, le délai d'attente déjà entamé est supprimé et les indemnités journalières déjà octroyées sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale des prestations.

Épuisement de la durée des prestations

18.4 Après épuisement de la durée maximale des prestations pour un cas de prestations, la personne assurée a épuisé toutes les prestations pour ledit cas. Une éventuelle capacité de travail résiduelle demeure assurée si la personne est engagée dans le cadre de cette capacité de travail résiduelle.

Pour les personnes nommément citées dans la police d'assurance, la somme d'assurance convenue jusqu'ici est réduite en fonction du degré de capacité de travail résiduelle.

18.5 Si une nouvelle maladie, qui n'a pas entraîné l'épuisement, survient après l'épuisement de la durée maximale des prestations, celle-ci n'est couverte par l'assurance que si la personne assurée a préalablement recouvré partiellement ou pleinement sa capacité de travail et uniquement à hauteur de l'incapacité de travail supplémentaire due à la nouvelle maladie.

18.6 La personne assurée ne peut pas empêcher l'épuisement de la durée des prestations en renonçant aux prestations avant la fin de l'incapacité de travail.

Assurance de sommes

18.7 En complément au ch. 18.4, dans le cas d'une assurance de sommes visée au ch. 3.3, la somme assurée convenue est réduite après l'épuisement de la durée maximale des prestations proportionnellement au dernier degré d'incapacité de travail déterminant. En cas d'incapacité de travail complète, l'assurance de la personne concernée est supprimée.

19. Interruption des prestations

Si, pendant la période d'incapacité de travail, la personne assurée est placée en détention préventive ou qu'une peine ou une mesure est appliquée à son encontre, aucune indemnité journalière n'est due pour ladite période. Les jours non indemnisés sont comptabilisés dans la durée des prestations comme des jours entiers. Le même principe s'applique en cas d'interruption du droit aux prestations à la suite d'un manquement aux devoirs, à une suspension de prestations par suite de primes impayées ou à un séjour à l'étranger.

20. Séjour à l'étranger

20.1 Si la personne assurée se rend à l'étranger en vue d'un traitement, de soins ou d'un accouchement sans en avertir Helsana au préalable, aucune prestation n'est allouée. Les travailleurs frontaliers et travailleuses frontalières en possession d'une autorisation pour frontaliers G en cours de validité font exception à cette règle. Ceux-ci sont autorisés à se faire soigner dans leur pays de domicile.

20.2 Pour maintenir son droit aux prestations pendant un cas de prestations, la personne assurée doit avertir Helsana de son départ à l'étranger par écrit au moins cinq jours à l'avance. En outre, elle doit fournir une attestation médicale certifiant que le séjour à l'étranger ne met pas en péril le processus de guérison. Après avoir analysé la situation, Helsana peut décider d'octroyer des prestations d'assurance durant une période limitée.

En cas de non-respect de ces dispositions, le droit aux prestations s'éteint pendant la durée du séjour à l'étranger. Les jours non indemnisés sont comptabilisés dans la durée des prestations comme des jours entiers.

21. Vacances

Il est possible de prendre des jours de congé ordinaires pendant l'incapacité de travail si le médecin responsable a attesté la capacité à prendre des vacances. Le droit aux prestations d'assurance est suspendu pendant la durée des congés. Les jours de l'interruption ne sont pas comptabilisés dans la durée des prestations.

22. Congé non payé

Si l'employeur octroie un congé non payé à la personne assurée, la couverture d'assurance est maintenue tant que le contrat de travail continue, mais au plus pendant les sept mois qui suivent la fin du droit au salaire. Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance et aucune prime n'est due pendant la durée prévue du congé. Si la personne assurée tombe malade pendant le congé non payé, Helsana impute au délai d'attente et à la durée des prestations les jours qui s'écoulent depuis le début de l'incapacité de travail jusqu'à la date prévue à l'origine pour la reprise de l'activité lucrative. Les devoirs et l'obligation de réduire le dommage visés au ch. 24 sont applicables.

23. Limitations des prestations d'assurance

23.1 Aucune prestation d'assurance n'est allouée :

a) pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique, à l'exception des dommages consécutifs à des mesures médicales ;

b) en cas d'incapacité de travail à la suite d'interventions qui ne sont pas médicalement indiquées (p. ex. opérations de chirurgie esthétique) ;

c) pour les conséquences d'événements de guerre
- en Suisse ;
- à l'étranger, sauf si la personne assurée est tombée malade ou est accidentée dans les 14 jours qui suivent la première manifestation de tels événements dans le pays dans lequel elle séjourne et si elle y a été surprise par l'apparition des événements de guerre.

23.2 Si le risque d'accident est inclus dans l'assurance, en complément au ch. 23.1, aucune prestation d'assurance n'est versée pour les accidents et les suites d'accidents consécutifs à des dangers extraordinaires. Sont notamment considérés comme tels :

a) les conséquences d'événements de guerre
- en Suisse ;
- à l'étranger ; sauf si l'accident survient dans les 14 jours qui suivent la première manifestation de tels événements dans le pays dans lequel la personne assurée séjourne et si elle y a été surprise par l'apparition des événements de guerre ;

b) les tremblements de terre en Suisse ;

c) la participation à des troubles (actes de violence contre des personnes ou des choses lors d'attroupements, de désordres ou de mouvements de rue) et aux mesures prises pour les combattre, à moins que la personne assurée démontre de façon crédible qu'elle n'a pas participé activement aux côtés des fauteurs de troubles ou en tant qu'instigatrice ;

d) le service militaire à l'étranger ;

e) la participation à des actes terroristes ;

f) la participation à des rixes et bagarres ;

g) les accidents dans le cadre d'un crime ou d'un délit ;

h) les atteintes à la santé dues à des radiations ionisantes de tout genre. Cependant, les dommages de santé dus à un traitement par rayons sur ordonnance médicale à la suite d'un accident assuré sont couverts. Les atteintes à la santé dues aux radiations en rapport avec l'activité professionnelle au profit de l'entreprise assurée sont également couvertes pour autant que le droit à des prestations existe dans l'assurance-accidents légale. Au demeurant, les dispositions de la LAA sont applicables ;

i) En cas d'actes téméraires, les prestations d'assurance sont réduites au moins de moitié, voire refusées. Les actes téméraires sont des actes au cours desquels la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grand, sans prendre ou pouvoir prendre les mesures qui ramènent le risque à un niveau raisonnable. À cet égard, les actions de sauvetage de personnes sont également assurées même si, dans l'absolu, elles devraient être considérées comme des actes téméraires.

23.3 Helsana renonce au droit qui lui est réservé de réduire les prestations d'assurance en cas de négligence grave. Il n'existe aucun droit aux prestations pour les réductions de prestations d'autres assureurs.

24. Devoirs et obligation de réduire le dommage en cas de prestations

24.1 La personne assurée a un devoir de coopération dans le cadre du cas de prestations.

Devoirs

24.2 Un certificat médical est valable jusqu'à la consultation médicale suivante, au maximum cependant pour une durée d'un mois.

Si le cas de prestations dure plus d'un mois, un certificat médical attestant du degré et de la durée de l'incapacité de travail doit être remis chaque mois à Helsana.

Les certificats d'incapacité de travail sans consultation personnelle chez un médecin sont acceptés pour une durée maximale de cinq jours.

Les certificats d'incapacité de travail ne sont acceptés que s'ils ont été établis par un médecin conformément au ch. 4.6. Les certificats médicaux rétroactifs sont acceptés pour une durée maximale de cinq jours.

24.3 Au plus tard cinq jours après le début de l'incapacité de travail, la personne assurée doit faire appel à un médecin qui veillera à ce qu'elle reçoive un traitement spécialisé.

Elle est en outre tenue de se soumettre aux examens médicaux supplémentaires ou expertises qu'Helsana estime nécessaires. Les coûts de tels examens sont pris en charge par Helsana.

24.4 La personne assurée doit fournir à Helsana toutes les informations dont elle a besoin pour clarifier le droit aux prestations et pour déterminer le montant des prestations. En particulier, la personne assurée peut être contrainte de fournir à Helsana des justificatifs et renseignements supplémentaires ou des rapports et certificats médicaux dont elle a besoin pour évaluer le droit aux prestations. Les certificats et les rapports médicaux qui ne sont pas rédigés en allemand, français, italien ou anglais et pour lesquels aucune traduction certifiée dans l'une de ces langues n'est fournie sont traduits aux frais de la personne assurée. En outre, Helsana est autorisée à effectuer des visites chez la personne assurée.

24.5 La personne assurée doit délier de leur obligation de garder le secret vis-à-vis d'Helsana notamment les médecins, hôpitaux, autres fournisseurs de prestations médicales, prestataires de services, autorités, compagnies ou institutions d'assurance, en particulier l'assurance-invalidité et l'institution de prévoyance professionnelle.

24.6 Pour maintenir son droit aux prestations durant un cas de prestations, la personne assurée est tenue d'être joignable à tout moment. Elle se tient également à disposition pour les mesures et examens médicaux prescrits par Helsana et garantit le traitement médical spécialisé nécessaire de façon ininterrompue.

24.7 Au cas où l'analyse de la marche des affaires est nécessaire pour clarifier le droit aux prestations, le preneur ou la preneuse d'assurance doit autoriser Helsana, ou un tiers mandaté par Helsana, à consulter les livres de comptes et lui fournir les justificatifs y relatifs.

24.8 Helsana rend la prestation tributaire de l'annonce du cas aux autres assurances impliquées, en particulier l'assurance-invalidité fédérale.

À partir du 365e jour après le début de l'incapacité de travail, les prestations d'indemnités journalières peuvent être réduites du montant de la rente d'invalidité simple maximale.

Obligation de réduire le dommage

24.9 La personne assurée doit tout entreprendre pour favoriser le recouvrement de la capacité de travail et éviter tout ce qui pourrait compromettre le processus de guérison.

24.10 La personne assurée qui présente une incapacité de travail complète ou partielle probablement durable dans sa profession d'origine est tenue d'utiliser son éventuelle capacité de travail résiduelle, même si cela implique un changement de profession. Helsana peut exiger de la personne assurée qu'elle change de profession et lui allouer une indemnité journalière transitoire.

24.11 La demande de changement d'emploi dans l'activité initiale chez un autre employeur ne constitue pas un changement de profession et peut donner droit à une indemnité journalière transitoire.

25. Manquement aux devoirs et à l'obligation de réduire le dommage

25.1 Si la personne assurée ne respecte pas les obligations et devoirs fixés par la loi ou par le contrat et l'obligation de réduire le dommage en vertu du ch. 24 ou si elle ne respecte pas le délai indiqué dans la lettre de sommation, les prestations d'assurance sont réduites ou refusées de manière temporaire ou durable. Les jours pour lesquels des prestations sont réduites ou refusées sont imputés sur la durée des prestations.

25.2 Les conséquences visées au ch. 25.1 s'appliquent en outre si une personne assurée se soustrait, s'oppose ou ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé d'elle, à un examen requis par Helsana, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail.

25.3 La personne assurée perd son droit aux prestations si elle retire d'éventuelles déclarations qu'elle a fait valoir auprès des autres assurances concernées ou si elle renonce à leurs prestations.

25.4 Si une personne assurée manque un rendez-vous d'examen prescrit par Helsana sans justification, Helsana peut lui facturer directement les coûts occasionnés ou les compenser avec une créance d'indemnités journalières due.

25.5 Ces préjudices de droit n'interviennent pas lorsque la personne assurée rend vraisemblable qu'elle n'a commis aucune faute ou que le manquement n'a eu aucune influence sur la survenance du sinistre et le montant des prestations dues par Helsana.

26. Calcul et paiement de l'indemnité journalière

Calcul

26.1 Le dernier salaire perçu avant le début du cas de prestations ou avant la rechute comme définie au ch. 18.3 sert de base pour le calcul des indemnités journalières.

En cas de revenu irrégulier, la moyenne depuis le début de l'engagement, toutefois au plus celle des 12 derniers mois, est prise en compte.

Les adaptations de salaire consécutives à un changement du taux d'occupation ou les augmentations de salaire générales ne sont prises en considération que si elles ont été convenues sous forme écrite avant la survenance du cas de prestations ou de la rechute, telle que définie au ch. 18.3.

Les augmentations de salaire obligatoires en vertu des dispositions d'une convention collective de travail (CCT) sont prises en compte.

26.2 Le montant de l'indemnité journalière est obtenu en calculant le salaire assuré sur toute une année et en divisant la somme salariale annuelle par 365.

Paiement

26.3 La prestation d'assurance est due au plus tard dans un délai de quatre semaines à partir du moment où Helsana a reçu les documents nécessaires pour déterminer son obligation de verser des prestations. En cas d'incapacité de longue durée et si la personne assurée en émet le souhait, Helsana paie l'indemnité journalière accumulée due en plusieurs versements partiels, au maximum cependant une fois par mois.

26.4 Sauf accord contraire, les prestations sont versées au preneur ou à la preneuse d'assurance. Demeure réservé le droit d'action propre des personnes assurées selon la LCA.

Impôt à la source

26.5 Les prestations soumises à l'impôt à la source sont versées intégralement au preneur ou à la preneuse d'assurance. Ce dernier ou cette dernière doit veiller à ce que le décompte soit réalisé et l'impôt à la source soit versé conformément à la loi.

26.6 Si les prestations sont directement versées à la personne assurée, les prestations soumises à l'impôt à la source sont versées après déduction. Helsana verse alors l'impôt à la source aux autorités fiscales.

27. Prestations pendant une maternité

L'obligation de verser des prestations en cas de maladie ou d'accident est suspendue pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement. Si la personne assurée reste volontairement absente de son travail jusqu'à la 16e semaine qui suit l'accouchement, l'obligation de verser des prestations est suspendue jusqu'à ce moment-là. La couverture d'assurance de l'indemnité de maternité au sens du ch. 28 demeure réservée.

28. Indemnité de maternité et congé paternité

Indemnité de maternité

28.1 Si une indemnité de maternité a été convenue, la prestation d'Helsana est mentionnée dans la police.

28.2 Le droit aux prestations naît avec le paiement des prestations de maternité selon la LAPG. La durée des prestations ne peut pas être interrompue et un droit concomitant à des indemnités journalières maladie est exclu. Au demeurant, les conditions requises pour faire valoir le droit aux prestations selon la LAPG sont applicables. En ce qui concerne la surindemnisation, le ch. 29.1 s'applique. Font exception les prestations de maternité supplémentaires cantonales qui ne sont pas soumises à cette disposition de surindemnisation.

Le paiement de l'indemnité d'accouchement est prolongé si la durée de versement des prestations de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) est prolongée en cas d'un séjour hospitalier du nouveau-né immédiatement après l'accouchement. La durée de la prolongation correspond à la durée des paiements selon la LAPG, mais il est possible de percevoir au maximum 22 semaines d'indemnité de maternité.

28.3 Les prestations sont octroyées à condition que, lors de la naissance, la personne assurée ait été couverte pendant au moins 270 jours consécutifs auprès d'Helsana ou d'un assureur précédent pour l'indemnité de maternité.

Congé de paternité

28.4 Si une indemnité de maternité a été convenue, des prestations dans le cadre du congé paternité peuvent également être incluses. Si de telles prestations ont été convenues, elles apparaissent dans la police.

29. Prestations de tiers

29.1 Sont entre autres considérées comme prestations de tiers les prestations d'assurances sociales et privées suisses et étrangères – y compris les assurances d'indemnités journalières selon la LAMal –, des institutions de prévoyance en tout genre (obligatoire et surobligatoire) ainsi que de tiers responsables.

Le concours de prestations de tiers ne doit pas conduire à une surindemnisation. La limite de surindemnisation correspond au montant des prestations assurées selon le ch. 8.

Par conséquent, l'obligation d'allouer des prestations d'Helsana se limite à la différence entre les prestations de tiers et la limite de surindemnisation indiquée précédemment.

Les prestations d'indemnités journalières sont accordées en complément aux prestations de tiers.

Si d'autres compagnies d'assurance de dommages sont également tenues à prestations de façon subsidiaire, Helsana fournit les prestations de façon proportionnelle.

29.2 Helsana réclame directement auprès de l'assurance-invalidité fédérale le remboursement des prestations qu'elle accorde en prévision des prestations de l'assurance-invalidité, à compter du début du versement de l'indemnité journalière ou de la rente. Le montant demandé en restitution correspond au montant de la surindemnisation selon le ch. 29.1.

29.3 Les jours pour lesquels des prestations réduites sont allouées sont comptabilisés dans la durée des prestations comme des jours entiers. Si les prestations de tiers sont égales ou supérieures à l'indemnité journalière, ces jours ne sont pas imputés à la durée des prestations.

30. Mise en gage et cession de prestations, droit de recours

30.1 Sans l'accord d'Helsana, les cessions de prestations à des tiers ou leur mise en gage n'ont aucune validité juridique.

30.2 L'obligation d'allouer des prestations d'Helsana s'éteint si, sans son accord, le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée passent avec des tiers tenus à prestations une convention selon les termes de laquelle ils et elles renoncent à des prestations d'assurance ou en dommages et intérêts.

Primes

31. Bases du calcul des primes

31.1 Sauf dispositions contractuelles divergentes, le revenu soumis à l'AVS perçu dans l'entreprise assurée, compte tenu du salaire annuel maximal assuré par personne, est déterminant pour le calcul de la prime. En sont exclues les indemnités selon le ch. 8.3.

Les salaires et parts de salaire pour lesquels aucune cotisation AVS n'est prélevée en raison de l'âge de la personne assurée sont également considérés comme revenus soumis au paiement des primes si les personnes concernées sont co-assurées.

31.2 Pour les personnes exerçant une activité indépendante et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne sont pas affiliés à l'AVS, le décompte de primes s'appuie sur la somme assurée convenue dans la police.

32. Paiement des primes

32.1 Les primes sont payables d'avance par le preneur ou la preneuse d'assurance pour une période d'assurance entière. En cas de paiement fractionné, Helsana peut prélever un supplément.

32.2 Pour les personnes employées, la prime anticipée est calculée sur la base des salaires prévus. Au début de l'année suivante, un décompte de primes a lieu sur la base de la déclaration définitive des masses salariales.

32.3 Durant une incapacité de travail, l'obligation de payer les primes est suspendue dans la mesure des prestations versées au titre du contrat collectif. Ceci n'est cependant pas applicable aux indépendants et indépendantes et aux membres de leur famille qui ne sont pas soumis à l'AVS.

33. Déclaration de la masse salariale

33.1 À la fin de chaque année, Helsana enjoint au preneur ou à la preneuse d'assurance de déclarer les masses salariales définitives. Pour ce faire, Helsana transmet au preneur ou à la preneuse d'assurance la demande de déclaration de la masse salariale. La déclaration doit être remplie intégralement et conformément à la vérité, puis remise avant le 31 janvier de chaque année. Sur la base de cette dernière, Helsana établit le décompte de primes définitif pour l'année écoulée.

33.2 Si le preneur ou la preneuse d'assurance ne se conforme pas à son obligation de déclaration, les primes sont fixées par estimation. S'il s'avère ultérieurement qu'à la suite de cela, des primes n'ont pas été encaissées, le preneur ou la preneuse d'assurance est redevable, en plus du montant de la différence, d'un intérêt de retard de 5 %.

33.3 Helsana ou des tiers mandatés par elle ont le droit d'examiner la comptabilité des salaires du preneur ou de la preneuse d'assurance ou d'exiger des copies de ses décomptes AVS.

34. Retard de paiement

Si le preneur ou la preneuse d'assurance ne donne pas suite à son obligation de paiement, il ou elle est sommé·e par écrit, avec mention des conséquences du retard, de régler son dû dans les 14 jours dès l'expédition de la mise en demeure.

Si la mise en demeure reste sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de la mise en demeure. Si Helsana ne réclame pas, par la voie légale, la prime et les frais annexes dans un délai de deux mois après l'expiration du délai de mise en demeure, le contrat s'éteint.

35. Remboursement de la prime

35.1 Si la prime a été réglée par anticipation pour une durée d'assurance spécifique et si le contrat est suspendu pour une raison légale ou prévue dans le contrat avant expiration de ce délai, Helsana rembourse la prime correspondant à l'année d'assurance non écoulée.

35.2 Une année d'assurance commence à la date d'échéance principale indiquée dans la police et dure un an.

36. Compensation de prestations et obligation de restituer

36.1 Le preneur ou la preneuse d'assurance et les personnes assurées ne sont pas en droit, envers Helsana, de compenser les primes impayées avec des prestations dues.

36.2 Les prestations perçues à tort par le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée doivent être remboursées à Helsana.

37. Assurance avec participation aux excédents

37.1 Si l'assurance a été conclue avec une participation aux excédents, le preneur ou la preneuse d'assurance reçoit la participation aux excédents convenue contractuellement, et ce, au terme de trois années d'assurance complètes.

37.2 L'excédent est calculé en fonction de la part de prime déterminante pour les primes définitives payées pour la période de décompte, sous déduction des prestations afférentes à la période de décompte.

37.3 Un déficit éventuel n'est pas reporté sur la période de décompte suivante.

37.4 Si des cas de prestations sont annoncés après l'établissement du décompte ou que des paiements sont effectués pour la période de décompte qui a été clôturée, Helsana peut établir un nouveau décompte pour la participation aux excédents et demander la restitution des parts d'excédents trop perçues.

37.5 En cas de résiliation du contrat avant la fin d'une période de décompte, tout droit à une participation au bénéfice s'éteint.

38. Modification du tarif de primes

En cas de modification du tarif de primes, Helsana peut, dans le cadre d'un type de tarification, adapter les primes en fonction de la situation des primes pour la fin du contrat ou pendant la durée du contrat pour la fin d'une année. Helsana communique la modification par écrit aux preneurs ou preneuses d'assurance au plus tard 60 jours avant la fin de l'année. Si la modification du tarif de primes entraîne une augmentation du taux de prime, le preneur ou la preneuse d'assurance peut, s'il ou si elle n'est pas d'accord avec celle-ci, résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. Si Helsana ne reçoit pas de résiliation écrite au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance, la modification est réputée être acceptée. Une réduction du taux de prime n'entraîne pas de droit de résiliation extraordinaire.

39. Modification du taux de prime et du type de tarification

39.1 Helsana utilise deux types de tarification différents pour ses assurances. Le type de tarification appliqué au contrat est indiqué dans la police.

Dans le cas de la tarification fixe, la tarification est appliquée sans tenir compte de l'historique des sinistres individuel. Les primes peuvent être adaptées en raison de modifications du tarif de primes pour la fin du contrat ou pendant la durée du contrat pour la fin d'une année.

Dans le cas de la tarification empirique, la tarification est appliquée en tenant compte de l'historique des sinistres individuel. La période d'observation correspond aux trois dernières années d'assurance complètes, plus l'année d'assurance en cours. Des critères de risque spécifiques au client, tels que la tendance des sinistres, les sinistres en cours et les prévisions de sinistres défavorables, peuvent entraîner des adaptations du calcul propres au client. Les primes peuvent être adaptées sur la base de l'historique des prestations pour la fin du contrat ou lors de des modifications du tarif de primes.

39.2 Pour les personnes exerçant une activité indépendante et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne sont pas affiliés à l'AVS, les taux de primes peuvent être adaptés à tout moment pour la fin de l'année d'assurance en fonction des tarifs en vigueur pour l'âge actuel des personnes assurées.

39.3 Helsana communique les nouveaux taux de prime ou le changement du type de tarification au preneur ou la preneuse d'assurance au plus tard 60 jours avant l'échéance de la période d'assurance (échéance principale de la prime). Si le preneur ou la preneuse d'assurance n'est pas d'accord avec l'augmentation de la prime ou le changement du type de tarification, il ou elle peut résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. La résiliation doit être communiquée par écrit et parvenir à Helsana au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Si le preneur ou la preneuse d'assurance omet de résilier l'assurance, il y a consentement et le contrat est maintenu dans son étendue actuelle avec le nouveau taux de prime ou le nouveau type de tarification.

Dispositions finales

40. Communications et obligation d'informer

40.1 Au preneur ou à la preneuse d'assurance : toutes les communications au preneur ou à la preneuse d'assurance ou aux interlocuteurs qu'il ou elle a désignés sont effectuées à la dernière adresse en Suisse connue d'Helsana.

40.2 Aux personnes assurées : toutes les communications aux personnes assurées sont effectuées par le preneur ou la preneuse d'assurance. Ce dernier ou cette dernière est tenu·e de renseigner les personnes assurées sur le contenu essentiel du contrat et de les informer d'éventuelles modifications ou de sa résiliation. Helsana met à disposition du preneur ou de la preneuse d'assurance les documents utiles à son information.

40.3 À Helsana : toutes les communications doivent être adressées directement à Helsana, à l'adresse mentionnée dans la police, en allemand, français, italien ou anglais. Une traduction certifiée doit être jointe aux documents rédigés dans toute autre langue.

40.4 Lorsqu'un preneur ou une preneuse d'assurance modifie son domicile commercial, son adresse d'envoi ou la nature de l'entreprise, si les rapports de propriété de l'entreprise changent ou si d'autres entreprises ou secteurs d'entreprise font l'objet d'une reprise, il ou elle doit en informer immédiatement Helsana par écrit.

41. Clause de courtage

Si le preneur ou la preneuse d'assurance est représenté·e par un courtier, celui-ci est autorisé à se charger des relations d'affaires avec Helsana – en dérogation au ch. 40 – dans la mesure où le mandat de courtage comprend les éléments suivants : procuration l'autorisant à se charger des relations d'affaires avec Helsana, notamment à réceptionner les demandes, les notifications, les déclarations ou déclarations d'intention d'Helsana et à les remettre à Helsana pour le preneur ou la preneuse d'assurance. Une fois réceptionnées par le courtier, les déclarations sont considérées comme réceptionnées par le preneur ou la preneuse d'assurance. Une représentation pour les paiements est exclue.

42. Clause d'erreur et d'omission

42.1 Lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance omet de transmettre une déclaration, donne une réponse incorrecte ou omet de remplir une obligation, quelle qu'elle soit, Helsana n'est pas déchargée de son obligation d'allouer des prestations si le preneur ou la preneuse d'assurance prouve que cette négligence est involontaire et qu'il ou elle y remédie immédiatement après en avoir eu connaissance.

42.2 S'il s'agit d'indiquer une situation impliquant le paiement d'un supplément de prime, celui-ci doit être payé rétroactivement depuis la date à laquelle la situation a débuté, sans toutefois dépasser le début du contrat.

43. Protection des données

43.1 La déclaration de protection des données d'Helsana Assurances complémentaires SA est disponible sur **helsana.ch/protection-des-donnees** ou peut être demandée au Service Clientèle.

43.2 Helsana traite des données notamment en vue d'évaluer le risque à assurer, de calculer ou d'établir des offres, d'établir des polices, pendant le processus de déclaration de salaire, en cas de changement de compte ou d'adresse, ainsi que pour proposer des produits et prestations individuels d'Helsana et d'entreprises partenaires (nommément citées sur le site Internet d'Helsana).

43.3 Si le traitement des données par Helsana est confié à un sous-traitant, Helsana veille à ce que ces données soient uniquement traitées dans la mesure où elle est elle-même autorisée à le faire.

43.4 Helsana est autorisée à transmettre des données aux tiers impliqués dans l'exécution du contrat dans la mesure nécessaire et conformément à la législation applicable en matière de protection des données. Conformément à la convention de libre passage de l'assurance collective d'indemnités journalières Helsana est également en droit de communiquer des données à un assureur signataire de la convention qui en fait la demande aux fins de changement d'assureur.

44. For juridique

Pour toutes les actions au sujet du présent contrat d'assurance, sont compétents les tribunaux du domicile suisse ou du siège du preneur ou de la preneuse d'assurance, de la personne assurée ou de l'ayant droit.

2603_Einzel_AVB_KTG_FR