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

Helsana

Édition du 1er janvier 2007

Conditions générales d'assurance (CGA) pour l'assurance indemnités journalières collective Helsana Business Salary selon la LAMal

Table des matières

Bases
1 Objet de l'assurance
2 Bases du contrat
3 Définitions

Cercle des personnes assurées
4 Entreprises assurées
5 Personnes assurées
6 Revenu lucratif assurable
7 Validité territoriale

Début et fin de l'assurance
8 Début de l'assurance
9 Réserves
10 Fin de la couverture d'assurance
11 Résiliation
12 Passage dans l'assurance individuelle

Prestations
13 Conditions de prestations
14 Annonce et obligations en cas de sinistre
15 Manquement aux obligations
16 Début des prestations
17 Délai d'attente
18 Durée des prestations
19 Interruption des prestations
20 Interdiction de renoncer aux prestations
21 Maternité
22 Calcul de l'indemnité journalière
23 Gain d'assurance
24 Surindemnisation
25 Paiement
26 Personnes séjournant pour une courte durée
27 Interdiction de cession ou de mise en gage
28 Restrictions de la couverture d'assurance

Primes
29 Bases du calcul des primes
30 Paiement des primes
31 Déclaration des sommes salariales
32 Restitution de la prime
33 Retard de paiement
34 Assurance avec participation au bénéfice
35 Compensation de prestations et obligation de restituer
36 Modification du tarif de primes
37 Modification du taux de prime

Dispositions finales
38 Obligation de garder le secret
39 Voies de droit
40 Communications
41 Entrée en vigueur

Bases

1 Objet de l'assurance

L'assurance indemnités journalières collective d'Helsana Assurances SA, ci-après l'«assureur», protège les personnes assurées contre les conséquences économiques d'une incapacité de travail consécutive à une maladie, à la maternité et, dans la mesure où cela a été convenu contractuellement, à un accident.

2 Bases du contrat

Dans la mesure où ce ne sont pas des dispositions obligatoires de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de la législation fédérale en général qui sont applicables, les bases du contrat suivantes s'appliquent:

2.1 la police et les éventuels avenants afférents;

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

2.3 les présentes Conditions générales d'assurance (CGA);

2.4 les éventuelles Conditions supplémentaires d'assurance (CSA);

2.5 les conventions ou accords particuliers, pour autant que l'assureur les aient confirmés dans la police en tant que Conditions particulières d'assurance (CPA).

3 Définitions

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

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

HEL-00044-fr-0916-0004-36210

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

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

3.5 Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

3.6 Est réputée invalidité une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

3.7 Sont considérés comme médecins, les médecins, dentistes ou chiropraticiens 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.

Cercle des personnes assurées

4 Entreprises assurées

Sont considérées comme entreprises assurées, les exploitations principales et annexes, filiales et succursales mentionnées individuellement dans la police d'assurance.

5 Personnes assurées

5.1 Les personnes ou groupes de personnes assurés sont mentionnés dans la police.

5.2 Les employés sont assurés
- lorsqu'il existe un rapport de travail entre eux et l'entreprise assurée,
- lorsqu'ils sont soumis à l'AVS suisse ou qu'ils y seraient soumis à l'âge correspondant et
- lorsqu'ils n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans.

5.3 Les indépendants, les propriétaires d'entreprise, ainsi que les membres de leur famille qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires ne sont assurés que s'ils sont désignés nominalement dans la police.

5.4 Les personnes suivantes sont assurées uniquement s'il existe un accord particulier:
a) les auxiliaires à court terme avec un contrat de travail limité jusqu'à 3 mois;
b) les employés à temps partiel qui travaillent moins de 8 heures par semaine;
c) les salariés à l'heure qui ne sont pas occupés régulièrement et de manière fixe pendant au moins 8 heures par semaine dans l'entreprise assurée;
d) les travailleurs à domicile;
e) les personnes qui sont employées en Suisse mais qui, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'Union européenne (UE) ou de la Convention passée avec l'AELE, ne sont pas soumises aux assurances sociales suisses.

5.5 Les personnes suivantes ne sont pas assurées:
a) le personnel prêté au preneur d'assurance resp. à l'entreprise assurée par des entreprises tierces;
b) les personnes qui travaillent sur mandat pour l'entreprise assurée.

6 Revenu lucratif assurable

6.1 Pour les employés, le pourcentage du salaire AVS effectif figurant dans la police est assuré. Les conventions contractuelles divergentes demeurent réservées. Le dernier salaire perçu avant le début du cas assuré est déterminant pour le calcul des indemnités journalières. En cas de revenu irrégulier, on prend la moyenne depuis le début de l'engagement, toutefois au plus celle des 12 derniers mois. Les augmentations de salaire qui interviennent pendant que la personne assurée touche des indemnités journalières ne sont pas prises en considération, à moins que l'augmentation ait impérativement eu lieu en vertu des dispositions d'une convention collective de travail (CCT). Le salaire annuel assuré maximal est mentionné dans la police.

6.2 Pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, peut être assuré au maximum le revenu lucratif indiqué dans la police. Celui-ci doit correspondre au revenu effectif issu de l'entreprise assurée.

6.3 Les personnes assurées sont tenues d'annoncer à l'assureur les surassurances probablement durables. Dans ce cas, l'assureur est autorisé à réduire l'assurance indemnité journalière existante.

7 Validité territoriale

7.1 L'assurance est valable dans le monde entier.

7.2 En cas de séjour hors de la Suisse, dans des Etats qui ne font pas partie de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), des prestations sont accordées uniquement lorsqu'un séjour hospitalier est nécessaire pour des raisons médicales et uniquement aussi longtemps qu'un retour en Suisse est impossible.

7.3 Les conditions mentionnées au ch. 7.2 ne s'appliquent pas pour les personnes détachées de Suisse à l'étranger, pendant
- qu'elles séjournent dans le pays de leur lieu de travail en dehors de l'UE ou de l'AELE,
- qu'elles sont soumises à la loi fédérale sur l'AVS (LAVS) et
- que la durée depuis le début du travail à l'étranger est inférieure à 2 ans (des autorisations spéciales sont examinées le cas échéant).

Début et fin de l'assurance

8 Début de l'assurance

8.1 L'assurance débute le jour mentionné dans la police ou à la date mentionnée dans la confirmation écrite de la proposition par l'assureur.

8.2 Le contrat se prolonge tacitement d'une nouvelle année à la date d'échéance mentionnée dans le contrat, de même qu'à la fin de chaque année d'assurance suivante, dans la mesure où il n'y a pas eu résiliation du contrat dans les délais.

8.3 Les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, ne peuvent être admis dans l'assurance que moyennant une demande individuelle.

8.4 Pour l'employé nouvellement admis, l'assurance débute le jour où il commence son travail. Les personnes qui, le jour de l'entrée en vigueur du contrat de travail ou le jour où débute l'assurance, sont partiellement ou entièrement en incapacité de travail à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité ne sont toutefois assurées que lorsqu'elles sont à nouveau entièrement capables de travailler, dans le cadre de leur contrat de travail. L'admission dans l'assurance a lieu pour la couverture convenue sans examen de l'état de santé et aucune réserve n'est appliquée pour les dommages à la santé, préalablement existants, qui réapparaissent.

8.5 Les employés partiellement invalides ou handicapés qui, en raison de leur état de santé diminué, exercent uniquement une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée, doivent être entièrement capables de travailler le jour où ils commencent le travail ou le jour où débute l'assurance pour l'occupation à temps partiel qui a été convenue.

8.6 Lorsqu'une personne assurée bénéficie de conditions plus avantageuses en raison d'un accord de libre passage, on applique ces dernières.

9 Réserves

9.1 En cas de nouvelle conclusion ou d'augmentation d'assurance, l'acceptation de la proposition dépend du résultat d'un examen de santé pour les personnes dont le nom figure ou doit figurer sur la proposition d'assurance. Dans ce cas, les maladies et suites d'accident existant au moment de la demande d'assurance ou celles qui ont existé antérieurement et pour lesquelles l'expérience montre qu'il y a un risque de rechute peuvent être exclues de l'assurance par l'assureur au moyen d'une réserve au moment de la conclusion. L'art. 70 al. 1 et 2, ainsi que l'art. 71 al. 1 LAMal demeurent réservés.

9.2 La personne assurée doit répondre aux questions posées dans la déclaration de santé de façon complète et conforme à la vérité. Si la personne assurée a donné de fausses indications ou des indications incomplètes concernant des maladies ou des suites d'accident, une réserve peut être appliquée rétroactivement.

9.3 Les dispositions de l'article 69 al.1 LAMal sont valables pour les réserves devant être appliquées sur la base de la déclaration de santé.

10 Fin de la couverture d'assurance

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

10.2 Le contrat d'assurance collectif s'éteint:
a) en cas de résiliation;
b) à l'ouverture de la faillite du preneur d'assurance;
c) en cas de transfert du siège social à l'étranger;
d) en cas de cessation de l'exploitation;
e) au moment du changement de propriétaire.

10.3 Pour chaque personne assurée, l'assurance s'éteint:
a) si la personne assurée quitte le cercle des assurés resp. si les rapports de travail de la personne assurée avec le preneur d'assurance prennent fin;
b) au moment d'atteindre l'âge de 65 ans;
c) dès que la protection d'assurance est garantie par un autre assureur sur la base d'une convention de libre passage;
d) avec le décès de la personne assurée.

10.4 S'agissant des personnes assurées qui, à la fin de l'assurance, sont frappées d'une incapacité de travail ou d'une incapacité de gain, le droit aux prestations pour le cas 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.

10.5 Les prestations complémentaires selon le ch. 10.4 ne sont pas applicables 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.

11 Résiliation

Le contrat peut être résilié par le preneur d'assurance ou par l'assureur la première fois à la date d'échéance mentionnée dans la police, ensuite pour la fin de chaque année d'assurance. La résiliation doit avoir lieu par écrit et doit être en la possession de l'assureur, respectivement du preneur d'assurance, au moins trois mois avant le terme. L'année d'assurance commence à la date d'échéance principale mentionnée dans la police.

12 Passage dans l'assurance individuelle

12.1 La personne qui quitte le cercle des personnes assurées a le droit d'être transférée dans l'assurance indemnités journalières individuelle LAMal de l'assureur dans les 3 mois, sans nouvel examen de son état de santé. Les employés bénéficient du même droit lorsque le contrat d'assurance collectif s'éteint.

12.2 Au moment de la résiliation des rapports de travail, le preneur d'assurance doit informer par écrit les personnes assurées qui quittent le cercle des assurés collectifs sur leur droit de transfert dans l'assurance individuelle et le délai de 3 mois. La même obligation est valable en cas de dissolution du contrat collectif.

12.3 Le délai commence au moment de la sortie de l'assurance collective, au plus tard cependant à réception de la communication écrite sur le droit de transfert. Si la personne assurée reçoit une prestation complémentaire selon le ch. 10.4, le délai commence à courir après la fin de l'obligation de verser des prestations. Dans ce cas, c'est l'assureur qui renseigne la personne assurée.

12.4 Les personnes transférées ont droit à une protection d'assurance dans le cadre des prestations assurées à ce jour. Le montant de l'indemnité journalière est toutefois limité au revenu lucratif actuel ou à la prestation de l'assurance-chômage (AC), au maximum toutefois aux prestations assurées jusqu'ici. Les dispositions et les tarifs de l'assurance individuelle sont déterminants pour le nouveau contrat. S'agissant des personnes sans emploi au sens de l'art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI), les dispositions des art. 71 et 73 LAMal demeurent réservées.

12.5 Lorsque la personne assurée est en incapacité de travail au moment de la résiliation du contrat de travail par l'employeur ou si elle a une rechute après la fin des rapports de travail, les prestations versées dans le cadre de l'assurance existante sont poursuivies avec le même montant.

12.6 Les prestations perçues à ce jour sont imputées sur le droit aux prestations dans l'assurance individuelle.

12.7 Il n'existe pas de libre passage resp. de droit de transfert pour les personnes assurées
a) qui sont domiciliées à l'étranger (les dispositions selon l'Accord sur la libre circulation des personnes demeurent réservées);
b) qui n'ont pas de revenu assurable;
c) qui ont atteint l'âge de 65 ans;
d) si les prestations au titre du contrat collectif ont été épuisées.

12.8 D'autre part, il n'existe pas de droit de transfert:
a) en cas de changement de place de travail et transfert dans l'assurance collective d'indemnités journalières maladie d'un nouvel employeur;
b) en cas de suppression du contrat et reprise auprès d'un autre assureur, dans la mesure où le nouvel assureur est tenu de garantir le maintien de la protection d'assurance sur la base d'une convention de libre passage.

Prestations

13 Conditions de prestations

13.1 En cas d'incapacité de travail prouvée d'au moins 25%, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail.

13.2 Pour les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, l'incapacité de travail doit être d'au moins 50%.

13.3 La capacité de travail des personnes assurées partiellement invalides ou handicapées est considérée comme entière au sens des présentes dispositions lorsque ces personnes sont entièrement capables de travailler au degré d'occupation correspondant qui a été fixé pour elles. Leur incapacité de travail se calcule d'après le degré d'incapacité de continuer d'exercer leur activité actuelle.

13.4 Les absences au travail pour des examens ou traitements ambulatoires ne justifient pas un droit aux prestations d'indemnités journalières.

13.5 Les absences au travail pour une cure ne sont assurées que si la cure est médicalement nécessaire et qu'une demande de cure a été remise à l'assureur à temps avant le début de la cure.

13.6 Aucune prestation n'est accordée lorsque la personne assurée se rend à l'étranger dans le but d'y suivre un traitement, pour des soins ou pour y accoucher, et ce sans l'accord de l'assureur.

14 Annonce et obligations en cas de sinistre

14.1 Le preneur d'assurance doit annoncer une incapacité de travail à l'assureur au plus tard 15 jours après le début de l'incapacité de travail pour les assurances dont le délai d'attente est compris entre 0 et 10 jours. Pour les délais d'attente de 11 jours et plus, l'annonce doit parvenir à l'assureur dans les 35 jours qui suivent le début de l'incapacité de travail. Dans les 3 jours qui suivent l'annonce de maladie, une attestation d'incapacité de travail du médecin doit être remise. En cas d'envoi tardif inexcusable, le droit aux prestations assurées existe au plus tôt à réception de cette annonce.

14.2 La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de revenu. Si la perte de revenu ne peut pas être prouvée, il n'existe pas de droit aux prestations.

14.3 Les personnes assurées doivent tout entreprendre pour accélérer la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir. Elles doivent en particulier suivre les prescriptions du personnel soignant.

14.4 Lorsque l'incapacité de travail prend fin, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit immédiatement être envoyée à l'assureur.

14.5 La personne assurée qui présente une incapacité de travail probablement durable, complète ou partielle dans sa profession d'origine est tenue d'utiliser son éventuelle capacité de gain restante, même si cela implique un changement de profession. L'assureur invite la personne assurée à changer de profession et la rend attentive aux conséquences selon le ch. 15.

14.6 La personne assurée doit se rendre régulièrement en traitement ou au contrôle médical. En outre, la personne assurée est tenue de se soumettre aux examens médicaux que l'assureur estime nécessaires et prend en charge. L'assureur est en droit de contrôler le respect des prescriptions médicales par des visites de malades.

14.7 La personne assurée est tenue de collaborer dans le cadre de la présente assurance. Elle doit en particulier fournir à l'assureur toutes les indications dont il a besoin pour déterminer le droit aux prestations et fixer le montant des prestations.

14.8 L'assureur rend la prestation tributaire de la condition que le cas soit annoncé aux autres assurances impliquées. Le droit aux prestations est interrompu si la personne assurée ne donne pas suite à l'injonction d'annoncer le cas. Le droit renaît une fois l'annonce faite. La personne assurée perd en revanche son droit aux prestations si elle renonce au droit qu'elle peut faire valoir auprès de ces assurances ou qu'elle le retire.

15 Manquement aux obligations

15.1 Les prestations d'assurance sont réduites temporairement ou durablement ou refusées dans les cas graves lorsque la personne assurée transgresse les obligations des présentes CGA; en particulier si la personne assurée se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé d'elle, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou à une mesure de réinsertion professionnelle permettant d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

15.2 Ces préjudices de droit n'interviennent pas lorsque la violation des obligations paraît excusable au vu des circonstances.

16 Début des prestations

16.1 L'obligation de verser des prestations commence après écoulement du délai d'attente mentionné dans la police. Le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, au plus tôt cependant trois jours avant le début du traitement médical.

16.2 Si l'employeur octroie un congé non payé à la personne assurée, la couverture d'assurance est maintenue tant que le contrat de travail n'est pas résilié, mais au plus pendant les 6 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, l'assureur impute sur le délai d'attente et 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 obligations selon le ch. 14 CGA s'appliquent, en particulier en ce qui concerne l'annonce de maladie et l'attestation d'incapacité de travail.

17 Délai d'attente

17.1 Le délai d'attente convenu est indiqué dans la police. Les jours d'incapacité de travail partielle sont considérés comme jours entiers.

17.2 Le délai d'attente est calculé une fois par cas, dans la mesure où il n'existe pas d'autre accord contractuel.

17.3 Si le délai d'attente convenu est applicable par cas, le délai d'attente est supprimé en cas de rechute dans un délai d'attente de 180 jours à partir de la reprise de l'activité.

18 Durée des prestations

18.1 L'assureur verse l'indemnité journalière pour une ou plusieurs maladies pendant la durée mentionnée dans la police. Demeurent réservés les cas dans lesquels la personne assurée n'exerce pas son droit de transfert après avoir quitté l'assurance collective.

18.2 Les délais d'attente sont imputés sur la durée des prestations sauf accord contractuel différent.

18.3 En cas d'incapacité de travail partielle, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue au ch. 18.1. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail restante.

18.4 Lorsque l'indemnité journalière est réduite par suite d'une surindemnisation au sens du ch. 24 des présentes CGA, la durée des prestations est prolongée en fonction de la réduction.

19 Interruption des prestations

19.1 Si, pendant la période où elle touche des indemnités journalières, la personne assurée connaît une interruption du travail sans droit au salaire (par ex. emprisonnement, détention préventive, etc.), aucune indemnité journalière n'est due pour cette période.

19.2 Une personne assurée, en incapacité de travail, qui quitte temporairement (p. ex. pour des vacances) la Suisse sans l'accord de l'assureur, n'a plus droit aux prestations d'assurance jusqu'à son retour en Suisse.

20 Interdiction de renoncer aux prestations

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.

21 Maternité

21.1 En cas de grossesse et d'accouchement, on octroie durant 16 semaines l'indemnité journalière que l'assurée a assurée jusqu'au jour de l'accouchement pendant au moins 270 jours, sans interruption de plus de trois mois. Au moins 8 des 16 semaines doivent se situer après l'accouchement.

21.2 Les prestations sont octroyées en complément aux prestations de maternité selon la LAPG.

21.3 Le droit aux prestations commence le jour de la naissance.

21.4 Les prestations en cas de maternité ne sont pas imputées sur la durée maximale de droit aux prestations.

21.5 Si un délai d'attente a été convenu pour la maternité, celui-ci sera imputé sur la durée des prestations de maternité.

22 Calcul de l'indemnité journalière

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 resp. 366 dans les années bissextiles.

23 Gain d'assurance

23.1 Le droit aux prestations d'indemnités journalières n'existe que s'il n'en résulte pas de gain d'assurance pour la personne assurée.

23.2 Sont considérées comme gain d'assurance, toutes les prestations d'assurance qui dépassent la couverture intégrale de la perte de revenu de la personne assurée dans son activité assurée au sein de l'entreprise assurée.

24 Surindemnisation

24.1 Le concours de prestations de différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations d'assurances sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé. Les prestations d'indemnités journalières sont versées en complément aux prestations des autres assurances sociales, déduction faite du montant de la surindemnisation.

24.2 S'il existe auprès d'un assureur privé une assurance d'indemnités journalières maladie ou accident, l'assureur n'octroie d'indemnité journalière que dans la mesure où il n'en résulte aucune surindemnisation. Font exception les prestations d'assurances de sommes.

24.3 Si l'assuré privé réduit ou refuse ses prestations en se fondant sur la clause de la subsidiarité, l'assureur octroiera ses prestations en proportion.

25 Paiement

Les prestations sont en règle générale versées au preneur d'assurance. Dans certains cas particuliers, les indemnités journalières peuvent être versées à la personne assurée. L'art. 20 LPGA demeure réservé.

26 Personnes séjournant pour une courte durée

À la fin du contrat de travail, les personnes séjournant pour une courte durée n'ont plus droit à des indemnités journalières. S'il peut être prouvé que, l'année après le début de l'incapacité de travail, la personne séjournant pour une courte durée aurait été à nouveau en possession d'un permis de travail au cas où elle aurait été capable de travailler, l'indemnité journalière sera versée au taux de l'année précédente pendant la durée prévue par le permis de travail.

27 Interdiction de cession ou de mise en gage

Les créances envers l'assureur ne peuvent être ni cédées, ni mises en gage.

28 Restrictions de la couverture d'assurance

Les prestations d'assurance peuvent être réduites temporairement ou définitivement, voire refusées dans des cas particulièrement graves pour des maladies, accidents ou leurs suites qui ont été provoquées ou aggravées intentionnellement par la personne assurée ou qui découlent de dangers extraordinaires et d'entreprises téméraires. En ce qui concerne les définitions et les taux de réduction, les dispositions de l'assurance-accidents font foi.

Primes

29 Bases du calcul des primes

29.1 Sous réserve de dispositions contractuelles divergentes, le revenu soumis à l'AVS perçu dans l'entreprise assurée, compte tenu du salaire annuel maximum assuré par personne, est déterminant pour le calcul de la prime. 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.

29.2 Pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, on applique pour le calcul des primes le revenu lucratif mentionné dans la police.

30 Paiement des primes

30.1 Les primes sont payables d'avance par le preneur d'assurance pour toute une période d'assurance. En cas de paiement fractionné, l'assureur peut prélever un supplément.

30.2 Pour les employés, 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 sommes salariales.

30.3 L'obligation de payer des primes est suspendue pendant la durée de l'incapacité de travail dans le cadre des prestations versées au titre du contrat collectif. Cette disposition n'est pas valable pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires.

31 Déclaration des sommes salariales

31.1 L'assureur enjoint le preneur d'assurance à la fin de chaque année de déclarer les sommes salariales définitives. À cet effet, l'assureur remet au preneur d'assurance un formulaire de déclaration des sommes salariales qui doit lui être retourné dans les 30 jours entièrement complété en bonne et due forme. Sur la base de ce dernier, l'assureur établit le décompte définitif pour l'année écoulée.

31.2 Si le preneur d'assurance ne respecte pas son obligation d'annoncer, les primes sont fixées par évaluation. Si plus tard, il ressort que suite à cela, les primes n'ont pas été toutes encaissées, le preneur d'assurance doit en plus du montant de la différence un intérêt de retard de 5%.

31.3 L'assureur ou des tiers par lui mandatés ont le droit d'examiner la comptabilité des salaires du preneur d'assurance ou d'exiger des copies de ses décomptes AVS.

32 Restitution de la prime

32.1 Pour autant que la prime ait été payée d'avance pour une durée d'assurance déterminée et que le contrat soit supprimé avant la fin de cette durée pour un motif prévu par la loi ou le contrat, l'assureur restitue la prime afférente à la période d'assurance qui ne s'est pas encore écoulée.

32.2 La prime pour l'année d'assurance en cours est cependant due dans son intégralité lorsque le contrat a été en vigueur durant moins d'une année au moment de son extinction et que le preneur d'assurance a été à l'origine de la résiliation.

32.3 Une période d'assurance commence avec l'échéance principale selon la police et dure une année.

33 Retard de paiement

33.1 Après écoulement du délai de paiement, un rappel est envoyé et un nouveau délai de paiement de 14 jours est fixé. Si aucun paiement n'a lieu dans le délai fixé, une suspension des prestations est prononcée et un intérêt de retard de 5% est perçu à partir du premier jour qui suit la date d'échéance du délai de paiement. Après écoulement du délai de rappel, l'obligation de l'assureur de verser des prestations à l'employeur est suspendue. L'obligation de verser des prestations est réactivée dès que les arriérés de primes, y compris les intérêts de retard et les frais de rappel et de poursuite ont été intégralement payés.

33.2 En cas de retard dans le paiement des primes, l'assureur se réserve en outre le droit de résilier le contrat collectif avant l'écoulement du délai de résiliation ordinaire.

34 Assurance avec participation au bénéfice

34.1 Si l'assurance a été conclue avec une participation au bénéfice, le preneur d'assurance reçoit une part du bénéfice de son contrat, convenue contractuellement, ceci après écoulement de trois années d'assurance (période allant respectivement du 1er janvier au 31 décembre).

34.2 Le bénéfice est calculé comme suit: sont déduits des primes définitives payées pour la période de décompte concernée

a) les prestations d'assurance concernant la période de décompte;
b) les frais administratifs, les provisions et les réserves sur la base de la part fixée par le contrat.

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

34.4 Lorsque des sinistres sont annoncés après la clôture du décompte ou que d'autres paiements concernant la période de décompte qui a été clôturée sont effectués, un nouveau décompte de participation au bénéfice est établi. L'assureur demande la restitution des parts de bénéfice payées en trop ou les impute sur les versements dus au titre des indemnités journalières.

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

35 Compensation de prestations et obligation de restituer

35.1 Le preneur d'assurance et les personnes assurées n'ont aucun droit de compenser à l'encontre de l'assureur des primes impayées avec des prestations dues. L'assureur peut percevoir un intérêt de retard à hauteur de 5% du montant.

35.2 Les prestations perçues à tort par le preneur d'assurance ou la personne assurée doivent être remboursées à l'assureur.

36 Modification du tarif de primes

L'assureur communique la modification par écrit aux preneurs d'assurance au plus tard 30 jours avant la fin de l'année. Les preneurs d'assurance qui ne sont pas prêts à accepter ces modifications peuvent résilier les parties du contrat concernées par la modification ou l'intégralité du contrat à la fin de l'année d'assurance. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours dès réception de la communication de la modification, il y a acceptation.

37 Modification du taux de prime

37.1 L'assureur peut adapter les primes en fonction de l'évolution des sinistres pour la fin du contrat. La période d'observation correspond à l'année d'assurance courante plus les deux à quatre années d'assurance précédentes. Si la somme des prestations (y c. les provisions pour sinistres en cours) excède les primes de risque acquises, l'assureur peut adapter les taux de prime conformément aux dispositions tarifaires en vigueur.

37.2 L'assureur communique les nouveaux taux de prime au preneur d'assurance au plus tard 60 jours avant l'échéance principale de la prime. Le preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec la modification de la prime peut résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. La résiliation doit être communiquée par écrit et parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Si le preneur d'assurance omet de résilier, il y a consentement tacite et le contrat est maintenu dans son étendue actuelle avec le nouveau taux de prime.

Dispositions finales

38 Obligation de garder le secret

Les collaborateurs de l'assureur qui ont connaissance de diagnostics, de l'état de santé, du droit aux prestations et des prestations touchées de même que des indications concernant le revenu et la fortune des personnes assurées, sont tenus de garder le secret absolu au sens de l'art. 33 LPGA. En cas d'infraction à cette obligation, l'art. 92 LAMal est applicable.

39 Voies de droit

39.1 Lorsqu'une personne assurée n'accepte pas une décision, l'assureur la lui communiquera par écrit, avec indication des motifs.

39.2 Une opposition peut être adressée à l'assureur contre cette décision, dans les 30 jours dès sa communication.

39.3 La décision de l'assureur passe en force de chose jugée s'il n'est pas fait opposition dans le délai prévu ou si l'opposition a été refusée valablement par voie de droit.

40 Communications

40.1 Au preneur d'assurance:
Toutes les communications au preneur d'assurance resp. aux interlocuteurs par lui désignés sont effectuées à la dernière adresse en Suisse connue de l'assureur.

40.2 Aux personnes assurées:
Toutes les communications aux personnes assurées sont effectuées par le preneur d'assurance. Celui-ci est tenu d'informer toutes les personnes assurées des principaux termes du contrat.

40.3 À l'assureur:
Toutes les communications doivent être adressées directement à l'assureur, en allemand, français, italien ou anglais. Une traduction légalisée doit être jointe pour les documents rédigés dans une autre langue.

40.4 Lorsqu'un preneur d'assurance modifie son domicile commercial, ses interlocuteurs compétents, le genre de l'entreprise ou si les rapports de propriété de l'entreprise changent, il doit en informer immédiatement l'assureur par écrit.

41 Entrée en vigueur

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) concernant l'assurance indemnités journalières collective ont été décidées par les instances compétentes d'Helsana Assurances SA et entrent en vigueur le 1er janvier 2007. Elles remplacent les Conditions générales d'assurance (CGA) correspondantes pour l'assurance indemnités journalières collective Helsana Business Salary selon la LAMal, édition du 1er janvier 2004.