

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

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 assuré
- 7 Validité territoriale

Début et fin de l'assurance

- 8 Début de l'assurance
- 9 Fin de la protection d'assurance
- 10 Résiliation
- 11 Transfert dans l'assurance individuelle

Prestations

- 12 Conditions de prestations
- 13 Annonce et obligations en cas de prestations
- 14 Manquement aux obligations
- 15 Début des prestations
- 16 Délai d'attente
- 17 Durée des prestations
- 18 Interruption des prestations

- 19 Maternité
- 20 Indemnité de maternité
- 21 Calcul de l'indemnité journalière
- 22 Gain d'assurance
- 23 Surindemnisation
- 24 Paiement
- 25 Mise en gage et cession de prestations, droit de recours
- 26 Restrictions de la couverture d'assurance

Primes

- 27 Bases du calcul des primes
- 28 Paiement des primes
- 29 Déclaration des sommes salariales
- 30 Restitution de la prime
- 31 Retard de paiement
- 32 Assurance avec participation aux excédents
- 33 Compensation de prestations et obligation de restituer
- 34 Modification du tarif de primes
- 35 Modification du taux de prime

Dispositions finales

- 36 Communications et obligation d'informer
- 37 Protection des données
- 38 For

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 «assureur».

Bases

1 Objet de l'assurance

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

2 Bases du contrat

Le contrat est régi par:

- 2.1 la police et les éventuels avenants afférents;
- 2.2 les déclarations du preneur 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 (CGA);
- 2.4 les éventuelles Conditions supplémentaires d'assurance (CSA);
- 2.5 la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA);
- 2.6 les conventions ou accords particuliers, dans la mesure où l'assureur les a 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.
- 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.
- Seules les conséquences de l'altération de l'état de santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci est objectivement insurmontable.
- 3.6 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.
- 3.7 Une assurance de dommages est une assurance qui, en cas de prestations, rembourse uniquement le dommage effectif attesté dans le cadre du revenu lucratif assuré.
- 3.8 Sont considérés comme médecins, les médecins, dentistes et 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, les exploitations annexes, les filiales et les succursales mentionnées 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 le preneur d'assurance;
 - 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 AVS ordinaire.
- Les employés qui ont atteint l'âge AVS ordinaire, qui sont entièrement aptes au travail et continuent à travailler sans interruption pour l'entreprise assurée, restent assurés jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 70 ans révolus.
- 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 et qu'ils n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus.
- 5.4 Les personnes suivantes sont assurées uniquement s'il existe un accord particulier:
- a) les employés 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 travaillent pas régulièrement et de manière fixe dans l'entreprise assurée pendant au moins 8 heures par semaine.
 - d) les travailleurs à domicile.
- 5.5 Les personnes suivantes ne sont pas assurées:
- a) le personnel prêté au preneur d'assurance ou à l'entreprise assurée par des entreprises tierces;
 - b) les personnes qui travaillent sur mandat pour l'entreprise assurée;
 - c) les personnes qui, au moment de commencer le travail ou au début de l'assurance, ont atteint l'âge AVS ordinaire;
 - d) les membres de l'administration et des organes dirigeants qui ne travaillent pas simultanément en tant qu'employés dans l'entreprise assurée;
 - 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 ou de la convention passée avec l'AELE, ne sont pas soumises aux assurances sociales suisses.



6 Revenu lucratif assuré

- 6.1 Pour les employés, l'assurance porte sur le pourcentage du salaire AVS effectif figurant dans la police. Le salaire annuel assuré maximal est mentionné dans la police.

Le dernier salaire perçu avant le début du cas assuré est déterminant 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 des salaires 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 contractuellement et sous forme écrite avant le début de l'incapacité de travail.

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

Si des membres de l'administration et des organes dirigeants travaillent simultanément en tant qu'employés dans l'entreprise assurée, les revenus compris dans le salaire AVS tels que les honoraires de membres du conseil d'administration, tantièmes, indemnités fixes et jetons de présence doivent également être assurés.

- 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.
- 6.3 Au cas où aucune assurance de sommes n'est convenue dans la police, l'assurance est considérée comme une assurance de dommages. Dans une assurance de dommages, la personne assurée doit fournir la preuve de la perte de gain. Le droit aux prestations n'existe que dans le cadre de la perte de gain attestée.

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 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.
- 7.3 Les conditions mentionnées au ch. 7.2 ne s'appliquent pas aux employés détachés à l'étranger. Sont réservées les dispositions selon le ch. 5.2.

Début et fin de l'assurance

8 Début de l'assurance

- 8.1 La couverture d'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 À la date d'échéance mentionnée dans le contrat, de même qu'à la fin de chaque année d'assurance suivante, le contrat se prolonge tacitement d'une nouvelle année, 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 ont recouvré leur pleine capacité de travail conformément au contrat de travail. L'admission dans l'assurance a lieu pour la couverture convenue sans examen de l'état de santé et aucune exclusion n'est appliquée pour les dommages à la santé, préalablement existants, qui réapparaissent (couverture intégrale).
- 8.5 Les employés 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, doivent être entièrement aptes au travail le jour où ils commencent le travail ou le jour où débute l'assurance pour l'occupation à temps partiel qui a été convenue. En cas d'aggravation passagère ou durable de l'affection qui a conduit à l'invalidité partielle, la durée des prestations est limitée à 90 jours au maximum.
- 8.6 Lorsqu'une personne assurée bénéficie de conditions plus avantageuses en raison d'un accord de libre passage, lesdites conditions sont appliquées.



9 Fin de la protection d'assurance

- 9.1 La protection d'assurance s'éteint pour toutes les personnes assurées à la fin du contrat collectif.
- 9.2 Le contrat collectif prend fin:
- à la résiliation;
 - à l'ouverture de la faillite du preneur d'assurance;
 - en cas de transfert du siège social à l'étranger;
 - en cas de cessation de l'exploitation, ou
 - en cas de changement de propriétaire.
- 9.3 Pour chaque personne assurée, l'assurance s'éteint:
- si la personne assurée quitte le cercle des assurés ou si les rapports de travail de la personne assurée avec le preneur d'assurance prennent fin;
 - lorsque la personne assurée, qui était toujours assurée au sens des chiffres 5.2 et 5.3, atteint l'âge AVS ordinaire ou l'âge de 70 ans révolus;
 - dès que la protection d'assurance est garantie par un autre assureur sur la base d'une convention de libre passage.
 - lors du décès de la personne assurée, ou
 - en cas de transfert du domicile à l'étranger. Ne sont pas concernés par cette restriction les employés qui restent soumis à la législation suisse en matière d'assurances sociales.
- 9.4 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.
- 9.5 La prestation complémentaire selon le ch. 9.4 n'est pas applicable:
- 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;
 - si le contrat de travail a été résilié pendant la période d'essai;
 - s'il s'agissait d'un contrat de travail de durée limitée, ou
 - en cas de rechute selon le ch. 17.2.

10 Résiliation

- 10.1 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, puis pour la fin de chaque année d'assurance. La résiliation doit avoir lieu par écrit et doit être en 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.
- 10.2 Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat chaque fois que l'assureur octroie une indemnisation pour un cas de prestations. La résiliation doit intervenir par écrit et parvenir à l'assureur au plus tard dans les 14 jours qui suivent la prise de connaissance du dernier paiement d'un cas de prestations. La couverture d'assurance s'éteint au moment où l'assureur reçoit cette communication. L'assureur renonce quant à lui à ce droit de résiliation.
- 10.3 L'assureur ne renonce pas à son droit de résiliation en cas de fraude à l'assurance tentée ou réussie, de faux dans les titres ou lorsque l'obligation d'annoncer n'a pas été respectée à la conclusion du contrat (réticence).

11 Transfert dans l'assurance individuelle

- 11.1 La personne qui quitte le cercle des assurés a le droit d'être transférée dans l'assurance indemnités journalières individuelle LCA de l'assureur dans les 3 mois suivant le départ, et ce, sans examen de son état de santé. Les personnes assurées bénéficient du même droit en cas de dissolution du contrat collectif.
- 11.2 Au moment de la résiliation des rapports de travail, le preneur d'assurance doit informer 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.
- 11.3 Si la personne assurée reçoit une prestation complémentaire selon le ch. 9.4, 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.
- 11.4 Les personnes ayant fait l'objet du transfert 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 à l'indemnité journalière assurable maximale de l'assurance individuelle. 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 de l'art. 100, al. 2 LCA sont en outre applicables.



- 11.5 S'agissant des rechutes qui sont décomptées dans le cadre de l'assurance individuelle, la durée pendant laquelle des prestations ont été touchées au titre du contrat collectif est prise en considération.
- 11.6 Il n'existe pas de libre passage ni de droit de transfert pour les personnes assurées
- qui sont domiciliées à l'étranger, sauf si elles restent soumises à la législation suisse en matière d'assurances sociales conformément à des accords internationaux;
 - qui sont employées au bénéfice d'un contrat de travail de durée limitée. S'agissant des personnes sans emploi au sens de l'art. 10 LACI, les dispositions de l'art. 100, al. 2 LCA sont applicables;
 - si le contrat de travail a été résilié pendant la période d'essai. S'agissant des personnes sans emploi au sens de l'art. 10 LACI, les dispositions de l'art. 100, al. 2 LCA sont applicables;
 - qui ont atteint l'âge AVS ou prennent une retraite anticipée;
 - si les prestations au titre du contrat collectif sont épuisées et que la capacité de gain n'est plus avérée;
 - en cas de changement de place de travail et transfert dans l'assurance collective indemnités journalières maladie d'un nouvel employeur, ou
 - 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 protection d'assurance sur la base d'une convention de libre passage.

Prestations

12 Conditions de prestations

- 12.1 En cas d'incapacité de travail attestée d'au moins 25%, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail. En cas d'incapacité de travail prolongée et de perte de gain d'au moins 25%, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de la perte de gain.
- 12.2 Pour les indépendants, les propriétaires d'entreprises et les membres de leur famille qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, l'incapacité de travail attestée doit être d'au moins 50%.
- 12.3 Les employés 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, sont considérés au sens des présentes conditions comme étant entièrement aptes au travail s'ils peuvent assumer intégralement leur activité en fonction de leur degré d'occupation. Leur incapacité de travail se calcule selon le degré d'incapacité de continuer d'exercer leur activité actuelle.
- 12.4 Les absences au travail pour des examens ou traitements ambulatoires ne justifient pas un droit aux indemnités journalières.

- 12.5 Les absences au travail pour une cure ne sont assurées que si la cure est prescrite par un médecin et qu'une demande correspondante a été remise à l'assureur au moins 14 jours avant le début de la cure.
- 12.6 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.

13 Annonce et obligations en cas de prestations

- 13.1 Le droit aux prestations d'indemnités journalières doit être annoncé auprès de 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 plus de 10 jours, l'annonce doit parvenir à l'assureur dans les 35 jours qui suivent le début de l'incapacité de travail.
- Une attestation d'incapacité de travail du médecin doit être remise avec l'annonce de maladie.
- Si l'annonce de maladie est reçue plus tard, l'obligation de verser des prestations commence à réception de ladite annonce. La durée des prestations débute cependant avec le premier jour de l'incapacité de travail.
- 13.2 La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de gain. Si la perte de gain ne peut pas être attestée, il n'existe pas de droit aux prestations.
- 13.3 Au cas où l'analyse de la marche des affaires est nécessaire pour clarifier le droit aux prestations, le preneur d'assurance doit autoriser l'assureur à consulter les livres de comptes et lui fournir les justificatifs y relatifs.
- 13.4 Les personnes assurées doivent tout entreprendre pour accélérer la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir. Les personnes assurées doivent éviter en particulier tout ce qui pourrait entraver le processus de guérison ou retarder le recouvrement de la pleine capacité de travail.
- 13.5 Au plus tard 5 jours après le début de l'incapacité de travail, la personne assurée doit faire appel à un médecin qui veillera à ce que l'assuré reçoive les soins médicaux appropriés. La personne assurée doit suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant. Elle est en outre tenue de se soumettre aux examens médicaux supplémentaires ou expertises que l'assureur estime nécessaires. Les coûts de tels examens sont pris en charge par l'assureur.



- 13.6 L'assureur est en droit d'effectuer des visites au patient et d'exiger tous justificatifs et renseignements supplémentaires, en particulier les certificats et les rapports médicaux. Les certificats et les rapports médicaux qui ne sont pas rédigés en allemand, français, italien ou anglais et pour lesquels aucune traduction légalisée n'est fournie, doivent être traduits aux frais de la personne assurée dans l'une de ces langues. La personne assurée doit libérer les médecins qui la soignent ou qui l'ont soignée de leur obligation de garder le secret vis-à-vis de l'assureur.
- 13.7 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. Si la maladie se prolonge au-delà d'un mois, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit être envoyée mensuellement à l'assureur.
- 13.8 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 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. 14.
- 13.9 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. La personne assurée est obligée en particulier de fournir à l'assureur les rapports et certificats médicaux dont il a besoin pour déterminer le droit aux prestations.
- 13.10 L'assureur rend la prestation tributaire de l'annonce du cas 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 durée de l'interruption est imputée sur la durée totale des prestations. 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.
- 14 Manquement aux obligations**
- 14.1 Les prestations d'assurance sont réduites provisoirement ou durablement, voire refusées dans les cas graves, lorsque la personne assurée transgresse de manière inexcusable les devoirs et obligations selon le ch. 13 ci-dessus.
- 14.2 Les prestations peuvent être réduites, voire refusées temporairement ou définitivement, si la 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 exigé par l'assureur, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
- 14.3 Ces préjudices de droit n'interviennent pas lorsque la personne assurée rend vraisemblable qu'elle n'a commis aucune faute.
- 15 Début des prestations**
- 15.1 L'obligation de verser des prestations commence après écoulement du délai d'attente mentionné dans la police. Ce délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, au plus tôt cependant 5 jours avant le début du traitement médical.
- 15.2 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 7 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. 13 des CGA sont applicables, en particulier en ce qui concerne l'annonce de maladie et l'attestation d'incapacité de travail.
- 16 Délai d'attente**
- Le délai d'attente convenu est mentionné dans la police et appliqué par cas de prestations. Les jours d'incapacité de travail partielle sont considérés comme jours entiers.



17 Durée des prestations

- 17.1 L'assureur verse l'indemnité journalière par cas de prestations, mais au plus pendant la durée des prestations mentionnées dans la police d'assurance, moins le délai d'attente convenu. Les jours d'incapacité de travail partielle sont considérés comme jours entiers.
- 17.2 La réapparition d'une maladie ou des suites d'un accident est considérée comme un nouveau cas de prestations du point de vue de la durée des prestations et du délai d'attente si la personne assurée n'a pas subi d'incapacité de travail ou fait l'objet d'un traitement médical du fait de cette maladie ou de ces suites d'accident durant au moins 365 jours consécutifs.
- 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.
- 17.3 Après épuisement de la durée maximale des prestations mentionnée dans la police pour un cas de prestations, la personne assurée a épuisé toutes les prestations pour ledit cas. Une éventuelle capacité de travail résiduelle demeure assurée.
- Pour les personnes nommément citées dans la police d'assurance, le revenu assuré jusqu'ici est réduit en fonction du degré de capacité de travail résiduelle.
- 17.4 Pour les personnes assurées qui, au début du cas de prestations, touchent une rente de vieillesse de l'AVS, mais au plus tard lorsqu'elles atteignent l'âge ordinaire pour la rente 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.
- 17.5 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.

18 Interruption des prestations

- 18.1 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 intégralement imputés sur la durée des prestations. Le même principe s'applique en cas d'interruption du droit aux prestations suite à un manquement aux obligations, à une suspension de prestations par suite de primes impayées ou à un séjour à l'étranger.
- 18.2 Une personne assurée qui souhaite se rendre à l'étranger pendant son incapacité de travail doit en informer préalablement l'assureur. Après analyse de la situation, ce dernier peut accepter d'octroyer des prestations d'assurance pendant une période limitée.
- 18.3 Si une personne assurée en incapacité de travail se rend à l'étranger sans en informer préalablement l'assureur, le droit aux prestations s'éteint pendant la durée du séjour à l'étranger.

19 Maternité

L'obligation de verser des prestations en cas de maladie ou d'accident est suspendue pendant les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Si la personne assurée reste volontairement absente de son travail jusqu'à la 16^{ème} 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. 20 demeure réservée.

20 Indemnité de maternité

- 20.1 Si une indemnité de maternité a été conclue, la prestation de l'assureur est mentionnée dans la police. Les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, les propriétaires d'entreprise et les membres de la famille qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires ne sont pas assurés.
- 20.2 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. 23.1 est applicable.
- 20.3 Si, au moment de l'accouchement, l'assurée n'est pas encore assurée depuis 270 jours civils consécutifs pour l'indemnité de maternité, l'assureur ne verse aucune prestation. Les éventuelles dispositions de libre passage demeurent réservées.

21 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.

22 Gain d'assurance

- 22.1 Le droit aux prestations d'indemnités journalières n'existe que s'il n'en résulte pas de gain d'assurance pour l'assuré.
- 22.2 Sont considérées comme gain d'assurance, les prestations qui dépassent la couverture intégrale de la perte de revenu de la personne assurée, à l'exception des prestations d'assurances de sommes, de capital et de rente qui ont été conclues dans le cadre de la prévoyance libre.



23 Surindemnisation

- 23.1 Le concours avec des prestations de différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée.

La limite de surindemnisation correspond au montant des prestations assurées selon les ch. 6.1 et 6.2. Les prestations d'indemnités journalières sont accordées en complément aux prestations d'assurances sociales et d'assurances selon la LPP.

De ce fait, l'obligation de l'assureur de verser des prestations se limite à la différence entre les prestations d'assurances sociales – y compris les assurances facultatives d'indemnités journalières selon la LAMal – et d'assurances selon la LPP et la limite de surindemnisation indiquée précédemment.

- 23.2 L'assureur réclame directement auprès de l'Assurance-invalidité fédérale (AI) le remboursement des prestations qu'il accorde en prévision d'une rente d'invalidité, et ce, 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. 23.1.
- 23.3 Les jours ayant fait l'objet d'une réduction sont intégralement imputés sur la durée des prestations. Le même principe s'applique pour les jours pour lesquels les prestations de l'assurance-invalidité ont dépassé celles de l'assurance indemnités journalières maladie.

24 Paiement

- 24.1 La prestation d'assurance est due au plus tard dans un délai de 4 semaines, à partir du moment où l'assureur 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, l'assureur paie l'indemnité journalière accumulée due en plusieurs versements partiels, au maximum cependant une fois par mois.
- 24.2 Sauf accord contraire, les prestations sont versées au preneur d'assurance. Le droit propre des personnes assurées au remboursement des prestations conformément à l'art. 87 LCA demeure réservé.
- 24.3 Les prestations soumises à l'impôt à la source sont versées intégralement au preneur d'assurance. Ce dernier doit veiller à ce que le décompte soit réalisé et l'impôt à la source, versé, conformément à la loi.

25 Mise en gage et cession de prestations, droit de recours

- 25.1 Sans l'accord de l'assureur, les cessions de prestations à des tiers ou leur mise en gage n'ont aucune validité juridique.
- 25.2 Le droit aux prestations de l'assureur s'éteint si, sans son accord, des preneurs d'assurance ou des personnes assurées passent avec des tiers tenus à prestations une convention selon les termes de laquelle ils renoncent à tout ou partie des prestations d'assurance ou en dommages et intérêts.

26 Restrictions de la couverture d'assurance

- 26.1 Il n'y a pas de couverture d'assurance au titre de l'assurance indemnités journalières pour:
- les actes téméraires. 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. Les actions de sauvetage de personnes sont également assurées même si, dans l'absolu, elles devraient être considérées comme acte téméraire;
 - 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;
 - en cas d'incapacité de travail suite à des interventions qui ne sont pas médicalement indiquées (p. ex. opérations de chirurgie esthétique);
 - 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 guerriers;
- 26.2 Aucune prestation d'assurance n'est versée pour les accidents et les suites d'accidents consécutifs à des dangers extraordinaires, c'est-à-dire:
- participation à des troubles;
 - service militaire à l'étranger;
 - participation à des actes guerriers, de terrorisme, commission intentionnelle de crimes et délits ainsi que leurs tentatives;
 - participation à des rixes et bagarres, sauf si la personne assurée a été blessée par les protagonistes alors qu'elle n'était pas en cause ou en portant secours à une personne sans défense;
 - dangers auxquels la personne assurée s'expose en provoquant gravement autrui;
- 26.3 L'assureur renonce à son droit de réduire les prestations en cas de négligence grave. Il n'existe aucun droit aux prestations pour les réductions de prestations d'autres assureurs.



Primes

27 Bases du calcul des primes

- 27.1 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 soumis au paiement des primes si les personnes concernées sont co-assurées.

- 27.2 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, le revenu lucratif mentionné dans la police est déterminant pour le calcul des primes.

28 Paiement des primes

- 28.1 Les primes sont payables d'avance par le preneur d'assurance pour une période d'assurance entière. En cas de paiement fractionné, l'assureur peut prélever un supplément.
- 28.2 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.
- 28.3 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. Ceci n'est cependant pas applicable aux indépendants, aux propriétaires d'entreprises et aux membres de leur famille ne figurant pas dans la comptabilité des salaires.

29 Déclaration des sommes salariales

- 29.1 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, complété en bonne et due forme. Sur la base de ce dernier, l'assureur établit le décompte de primes définitif pour l'année écoulée.
- 29.2 Si le preneur d'assurance ne respecte pas son obligation d'annoncer, les primes sont fixées par évaluation. S'il s'avère ultérieurement 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%.
- 29.3 L'assureur ou des tiers mandatés par lui ont le droit d'examiner la comptabilité des salaires du preneur d'assurance ou d'exiger des copies de ses décomptes AVS.

30 Restitution de la prime

- 30.1 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.
- 30.2 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 est à l'origine de la résiliation.
- 30.3 Une année d'assurance commence avec l'échéance principale selon la police et dure une année.

31 Retard de paiement

Si le preneur d'assurance ne donne pas suite à son obligation de paiement, il est sommé 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 l'assureur 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.

32 Assurance avec participation aux excédents

- 32.1 Si l'assurance a été conclue avec une participation aux excédents, le preneur d'assurance reçoit une part du bénéfice de son contrat convenue contractuellement, et ce, après écoulement de trois années complètes d'assurance.
- 32.2 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.
- 32.3 Un déficit éventuel n'est pas reporté sur la période de décompte suivante.
- 32.4 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, l'assureur peut établir un nouveau décompte pour la participation aux excédents et demander la restitution des parts d'excédents payées en trop.
- 32.5 En cas de résiliation du contrat collectif avant la fin d'une période de décompte, tout droit à une participation au bénéfice s'éteint.



33 Compensation de prestations et obligation de restituer

- 33.1 Le preneur d'assurance et les personnes assurées n'ont aucun droit de compenser des primes impayées avec des prestations dues à l'encontre de l'assureur.
- 33.2 Les prestations perçues à tort par le preneur d'assurance ou la personne assurée doivent être remboursées à l'assureur.

34 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 n'acceptent pas 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.

35 Modification du taux de prime

- 35.1 L'assureur peut adapter les primes en fonction de l'évolution des prestations 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 les cas en cours) et les frais administratifs excèdent les primes acquises, l'assureur peut adapter les taux de prime conformément aux dispositions tarifaires en vigueur.
- 35.2 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, et si de surcroît aucun employé n'est assuré, les taux de prime en vigueur peuvent être adaptés conformément à l'âge effectif des personnes assurées.
- 35.3 L'assureur communique les nouveaux taux de prime au preneur d'assurance au plus tard 60 jours avant l'échéance principale de la prime. Si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec l'augmentation de la prime, il 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 l'assurance, il y a consentement tacite et le contrat est maintenu dans son étendue actuelle avec le nouveau taux de prime.

Dispositions finales

36 Communications et obligation d'informer

- 36.1 Au preneur d'assurance:
Toutes les communications au preneur d'assurance ou aux interlocuteurs désignés par lui sont effectuées à la dernière adresse en Suisse connue de l'assureur.
- 36.2 Aux personnes assurées:
Toutes les communications aux personnes assurées sont effectuées par le preneur d'assurance. Ce dernier est tenu de renseigner les personnes assurées sur le contenu essentiel du contrat et de les informer d'éventuelles modifications ou de sa résiliation. L'assureur met à disposition du preneur d'assurance les documents utiles à son information.
- 36.3 À l'assureur:
Toutes les communications doivent être adressées directement à l'assureur, à l'adresse mentionnée dans la police, en allemand, français, italien ou anglais. Une traduction légalisée doit être jointe aux documents rédigés dans une autre langue.
- 36.4 Lorsqu'un preneur d'assurance modifie son domicile commercial, ses interlocuteurs compétents, le genre 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 doit en informer immédiatement l'assureur par écrit.

37 Protection des données

- 37.1 Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana utilisent les informations personnelles des personnes assurées non seulement pour l'exécution du contrat et les conseils personnels et l'assistance aux patients, mais aussi pour améliorer en permanence la qualité des produits et des services qu'elles offrent aux personnes qu'elles pourraient assurer, qu'elles assurent ou qu'elles ont assuré. L'assureur peut externaliser le traitement des données.

Les données sont, pour la création de groupes de clients orientée besoins, exploitées selon des méthodes mathématiques et statistiques afin de répondre de manière aussi optimale que possible aux besoins différenciés et individuels des personnes assurées et d'offrir, pour le compte d'Helsana Assurances complémentaires SA ou des sociétés du Groupe Helsana ou encore des entreprises partenaires (nominément mentionnées sur le site Internet de l'assureur), des produits et des services qui sont avantageux ou auxquels pourraient s'intéresser des personnes assurées potentielles, existantes ou anciennes.

Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana sont par conséquent expressément autorisés à consulter le dossier d'assurance-maladie qui, le cas échéant, a été établi au titre de l'assurance de base et/ou de l'assurance complémentaire et à le traiter uniquement dans le domaine de l'assurance complémentaire pour les buts précités.



- 37.2 Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA, Progrès Assurances SA, Helsana Participations SA et Procure Prévoyance SA.
- 37.3 Les entreprises partenaires actuelles d'Helsana Assurances complémentaires SA sont mentionnées sur le site Internet de l'assureur.
- 37.4 Helsana Assurances complémentaires SA et le Groupe Helsana sont soumis à des prescriptions particulièrement strictes en matière de protection des données. Aucune information personnelle n'est donc en principe communiquée à des tiers en dehors du Groupe Helsana. Seuls constituent une exception les cas où la communication des données est expressément prescrite ou autorisée par une disposition légale.
- 37.5 Les données personnelles ne sont ni traitées ni conservées dans une base de données ou sur papier plus longtemps que les dispositions légales ou contractuelles ne l'exigent impérativement. Elles sont ensuite effacées.
- 38 For**
Pour toutes les actions au sujet du présent contrat d'assurance, sont compétents au choix les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

