

ASSURANCE PERTE DE GAIN POUR ENTREPRISES (LCA)

Conditions générales d'assurance (CGA)

ÖKK-Versicherungen AG

Edition 2007

Sommaire

1. Bases de l'assurance

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

2. Cercle des personnes assurées

- 2.1. Preneur d'assurance
- 2.2. Personnes assurées
 - 2.2.1. Salariés
 - 2.2.2. Assurance sur la base d'un accord spécial
 - 2.2.3. Chef d'entreprise et les membres de sa famille
 - 2.2.4. Personnes non assurées

3. Validité territoriale

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

4. Possibilités d'assurance

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

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

- 5.1. Début du contrat d'assurance
- 5.2. Durée du contrat d'assurance
 - 5.2.1. En général
 - 5.2.2. Prolongation du contrat d'assurance
- 5.3. Fin du contrat d'assurance
 - 5.3.1. Résiliation
 - 5.3.2. Extinction du contrat d'assurance
 - 5.3.3. Résiliation du contrat par l'assureur
 - 5.3.4. Renoncement au droit de résiliation en cas de sinistre

6. Entrée en vigueur, durée et extinction de la protection d'assurance

- 6.1. Entrée en vigueur de la protection d'assurance
- 6.2. Extinction de la protection d'assurance
- 6.3. Passage dans l'assurance individuelle
 - 6.3.1. Droit de passage
 - 6.3.2. Devoir d'information de l'employeur
 - 6.3.3. Maintien de l'assurance
 - 6.3.4. Imputation de prestations déjà perçues
 - 6.3.5. Droit de passage exclu

7. Etendue de l'assurance

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

8. Prestations

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

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

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

10. Primes et paiements

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

11. Prestations de tiers

- 11.1. Coordination
 - 11.1.1. En général
 - 11.1.2. Pluralité d'assureurs
 - 11.1.3. Assurances sociales
 - 11.1.4. Renoncement aux prestations
- 11.2. Prestations provisoires et recours
- 11.3. Surindemnisation
 - 11.3.1. Salariés
 - 11.3.2. Personnes assurées pour une somme de salaire fixe
 - 11.3.3. Assurances d'indemnités journalières auprès d'autres assureurs

12. Communications

13. For

14. Entrée en vigueur

1. Bases de l'assurance

1.1. But

L'assurance perte de gain pour entreprises a pour but de couvrir la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite de maladie.

La couverture de la perte de gain par suite d'accident et d'accouchement (indemnité d'accouchement) peut être incluse dans l'assurance.

1.2. Organisme assureur

L'organisme assureur est la société ÖKK-Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par assureur).

La caisse-maladie mentionnée sur la police d'assurance est habilitée à accomplir tous les actes au nom et pour le compte de la société ÖKK-Versicherungen AG.

1.3. Bases du contrat

Sont réputées bases du contrat

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

1.4. Police d'assurance

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

1.5. Loi sur le contrat d'assurance

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

1.6. Forme masculine et féminine

ÖKK reconnaît le principe d'égalité entre homme et femme. La forme masculine choisie dans les présentes CGA vaut également pour les personnes de sexe féminin.

2. Cercle des personnes assurées

2.1. Preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est l'entreprise décrite sur la police d'assurance avec les unités lui appartenant ou la personne physique qui conclut le contrat.

2.2. Personnes assurées

2.2.1. Salariés

Sont assurés les personnes physiques ou groupes de personnes mentionnés sur la police d'assurance

- qui sont soumis à l'AVS et

- qui n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus et qui étaient déjà occupés par le preneur d'assurance au moment d'atteindre l'âge AVS et disposaient de leur pleine capacité de travail.

Les frontaliers sont assurés aux mêmes conditions.

2.2.2. Assurance sur la base d'un accord spécial

Ne sont assurés que sur la base d'un accord spécial:

- les auxiliaires à court terme au bénéfice d'un contrat d'auxiliaire d'une durée limitée jusqu'à trois mois,
- les employés à temps partiel et salariés à l'heure, qui ne sont pas assurés selon la LAA contre les conséquences d'accidents non professionnels,
- les travailleurs à domicile,
- les personnes domiciliées à l'étranger et qui ne sont ni des frontaliers ni des travailleurs détachés ou encore des résidents de courte durée.

2.2.3. Chef d'entreprise et les membres de sa famille

Sont coassurés, dans la mesure où ils sont mentionnés nommément et avec une somme de salaire fixe sur la police,

- le chef d'entreprise,
- son conjoint, ses enfants ou ses parents qui travaillent dans l'entreprise mais ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires.

2.2.4. Personnes non assurées

Sont exclus de l'assurance

- le personnel prêté au preneur d'assurance par de tierces entreprises,
- les personnes qui travaillent pour l'entreprise assurée sur la base de mandats.

3. Validité territoriale

3.1. Généralités

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

3.2. Travailleurs détachés à l'étranger

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

Sur requête, la couverture d'assurance peut être prolongée, pour autant qu'une couverture LAA en faveur de ces personnes soit en vigueur simultanément.

3.3. Séjour à l'étranger en cas de maladie

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

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

4. Possibilités d'assurance

4.1. Couverture intégrale

4.1.1. Principe

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

4.1.2. Maladies et accidents antérieurs

Dans le cadre de la couverture intégrale, les prestations sont également allouées pour les maladies et les suites d'accidents ayant déjà existé au moment de l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

4.2. Couverture avec déclaration de santé

4.2.1. Principe

La couverture avec déclaration de santé a pour but d'assurer la perte de gain par suite de maladies et de suites d'accidents qui apparaissent après l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

4.2.2. Maladies et accidents antérieurs

Pour les maladies et les suites d'accidents ayant existé au moment de l'entrée en vigueur de la protection d'assurance, la prestation assurée est allouée pour la durée des prestations prévue par la couverture échelle.

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

La caisse communique la limitation de couverture par écrit à la personne assurée. Cette restriction déploie ses effets dès l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

4.2.3. Annonce

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

4.2.4. Déclaration de santé

Pour vérifier les maladies et suites d'accidents ayant existé antérieurement, un examen de santé est effectué lors de l'entrée dans l'entreprise à l'aide d'une déclaration de la personne assurée sur le formulaire mis à disposition par la caisse.

4.2.5. Obligation de renseigner

La personne assurée est tenue de déclarer à la caisse toutes les maladies et suites d'accidents qui existent ou ont existé au moment de l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

La caisse peut exiger un certificat médical ou un examen par le médecin-conseil. Elle peut désigner le médecin et en assume les coûts.

4.2.6. Obligation du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance doit veiller à ce que la caisse reçoive toutes les indications nécessaires sur la personne assurée.

Il est tenu de renseigner les personnes assurées au moment de l'entrée dans l'assurance sur la restriction possible en matière de prestations pour les maladies et les suites d'accidents ayant existé antérieurement.

4.3. Couverture échelle

4.3.1. Principe

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

4.3.2. Maladies et accidents antérieurs

Dans le cadre de la couverture échelle, les prestations sont également allouées pour les maladies et les suites d'accidents ayant déjà existé au moment de l'entrée en vigueur de la protection d'assurance.

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

5.1. Début du contrat d'assurance

L'assurance débute à la date convenue sur la police d'assurance.

La conclusion de l'assurance est possible en tout temps, également en cours d'année civile.

5.2. Durée du contrat d'assurance

5.2.1. En général

Le contrat d'assurance est conclu pour la durée mentionnée dans la police d'assurance. La durée minimale du contrat est d'une année civile.

5.2.2. Prolongation du contrat d'assurance

A l'expiration de la durée de contrat convenue, le contrat est reconduit tacitement pour une nouvelle année s'il n'est pas résilié dans les délais impartis.

5.3. Fin du contrat d'assurance

5.3.1. Résiliation

Le contrat d'assurance peut être résilié par écrit par les deux partenaires contractuels pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois. La résiliation est possible pour la première fois avec effet à la date d'échéance mentionnée sur la police d'assurance.

5.3.2. Extinction du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance s'éteint avec effet immédiat

- en cas de cessation de l'activité commerciale du preneur d'assurance,
- en cas de transfert du siège social à l'étranger,
- en cas d'ouverture de la faillite prononcée à l'égard du preneur d'assurance.

5.3.3. Résiliation du contrat par l'assureur

L'assureur n'est pas lié au contrat et peut s'en départir:

- en cas d'arriérés de primes conformément aux dispositions régissant les retards dans le paiement,
- si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître ou si, en cours de contrat, il dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur.

5.3.4. Renoncement au droit de résiliation en cas de sinistre

L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat en cas de sinistre.

La résiliation pour la date d'échéance du contrat demeure réservée.

6. Entrée en vigueur, durée et extinction de la protection d'assurance

6.1. Entrée en vigueur de la protection d'assurance

La protection d'assurance prend effet le jour du début de l'activité chez le preneur d'assurance.

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

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

Lorsque des assurés ont droit à des conditions plus favorables en vertu d'une convention de libre passage, ces dernières priment.

6.2. Extinction de la protection d'assurance

La protection d'assurance s'éteint pour la personne assurée

- a) lorsque ses rapports de travail chez le preneur d'assurance prennent fin,
- b) lors de sa mise à la retraite,
- c) en cas de maintien de son emploi en âge AVS, lorsqu'elle atteint l'âge de 70 ans révolus,
- d) par épuisement définitif du droit aux prestations,
- e) lors d'une interruption de travail sans droit au salaire.

La protection d'assurance subsiste durant les interruptions de travail pour cause de maladie, d'accident ou de service dans l'armée suisse et la protection civile ou de service civil.

La protection d'assurance en cas de maladie durant un congé non payé jusqu'à 210 jours civils peut être incluse.

La condition requise pour la protection d'assurance en cas de maladie apparaissant à partir du 31^e jour de l'interruption de travail est l'existence d'une assurance par convention spéciale selon la LAA.

- f) par décès,
- g) lorsque le contrat d'assurance prend fin,
- h) pendant la suspension de l'obligation à prestations en raison d'un retard dans le paiement de la part du preneur d'assurance.

6.3. Passage dans l'assurance individuelle

6.3.1. Droit de passage

Toute personne assurée domiciliée en Suisse peut passer dans l'assurance individuelle

- lorsqu'elle cesse d'appartenir au cercle des assurés de l'assurance collective,
- lorsqu'elle a fini de toucher les prestations ou
- lorsque le contrat d'assurance prend fin.

Le droit de passage doit être exercé par écrit dans les 3 mois qui suivent l'information relative au droit de passage.

L'assurance individuelle débute le jour qui suit celui où l'intéressé a cessé d'appartenir au cercle des personnes assurées ou a fini de toucher les prestations ou un jour après la fin du contrat d'assurance.

Sont applicables les conditions et tarifs de l'assurance individuelle valables au moment du passage.

Les dispositions relatives à la prolongation de la couverture demeurent réservées.

6.3.2. Devoir d'information de l'employeur

Le preneur d'assurance est tenu de renseigner les personnes assurées sortant de l'assurance collective à temps et par écrit sur leur droit de passage et le délai dont elles disposent pour passer dans l'assurance individuelle.

Lorsque le preneur d'assurance ne remplit pas ce devoir d'information, il doit répondre des dommages qui en résultent.

6.3.3. Maintien de l'assurance

Le maintien de l'assurance a lieu en principe dans les limites de la couverture d'assurance accordée jusqu'alors, dans la mesure où elle correspond au nouveau revenu de l'activité lucrative.

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

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

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

6.3.4. Imputation de prestations déjà perçues

Les prestations déjà perçues

- dans cette assurance collective
- auprès d'anciens assureurs

sont imputées sur la durée des prestations de l'assurance individuelle.

6.3.5. Droit de passage exclu

Il n'y a aucun droit de passage

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

7. Etendue de l'assurance

7.1. Montant de l'indemnité journalière assurée

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

7.2. Base de calcul

7.2.1. Principe

L'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 la perte de gain moyenne et assurée d'une année. Les indemnités journalières obtenues sont versées pour chaque jour civil.

7.2.2. Salariés

Pour les salariés, la perte de gain subie du fait du cas d'assurance sert de base de calcul.

Est réputé perte de gain subie le dernier salaire perçu avant le cas d'assurance auprès du preneur d'assurance et soumis à l'AVS, y compris les éléments de salaire non encore payés auxquels le travailleur peut prétendre à juste titre.

Pour les personnes non soumises à l'AVS, le salaire brut convenu selon les normes de l'AVS s'applique en lieu et place du salaire AVS.

Un revenu provenant d'une autre activité n'est pas pris en considération.

Si le gain est soumis à de fortes fluctuations (p. ex. rémunération à la commission, participations au chiffre d'affaires, travail d'auxiliaire irrégulier etc.), l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu pendant les 12 mois précédant l'incapacité de travail. Lorsque la période précédant l'incapacité de travail est inférieure à 12 mois, le calcul de l'indemnité journalière se fera par analogie.

7.2.3. Personnes avec somme de salaire fixe

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

7.2.4. Gérants

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

7.2.5. Augmentation de la couverture d'assurance

Une déclaration de santé est requise lors de l'augmentation d'une somme de salaire fixe convenue.

Une éventuelle restriction en matière de prestations ou un rejet de la proposition ne s'applique que sur l'augmentation d'assurance.

7.3. Couverture maximale

Le montant du salaire assurable par personne et par année est limité à CHF 250'000.-.

8. Prestations

8.1. Conditions régissant les prestations

8.1.1. Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

8.1.2. Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale.

Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a) les fractures;
- b) les déboitements d'articulations;
- c) les déchirures du ménisque;
- d) les déchirures de muscles;
- e) les élongations de muscles;
- f) les déchirures de tendons;
- g) les lésions de ligaments;
- h) les lésions du tympan.

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

Les dommages non imputables à un accident qui sont causés aux structures posées à la suite d'une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps ne constituent pas des lésions corporelles au sens de l'alinéa ci-dessus.

8.1.3. Droit à l'allocation de maternité

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

8.1.4. Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail lorsque, en raison d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement, la personne assurée n'est plus en mesure, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative qui peut raisonnablement être exigée d'elle.

Il y a incapacité partielle de travail lorsque le degré de l'incapacité de travail est de 25% au moins.

8.1.5. Certificat médical

L'allocation des indemnités journalières est subordonnée à une attestation médicale certifiant l'incapacité de travail de la personne assurée.

L'apposition d'une antedate sur les certificats médicaux et les avis de maladie ou d'accident est admise jusqu'à trois jours au maximum.

8.2. Etendue des prestations

8.2.1. En général

Les prestations se déterminent d'après l'étendue d'assurance convenue et les présentes conditions d'assurance.

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

8.2.2. Incapacité partielle de travail

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

8.2.3. Prolongation de la couverture

Pour les personnes atteintes d'une incapacité totale ou partielle de travail au moment où les rapports de travail prennent fin, le droit aux prestations est maintenu jusqu'à la fin du cas de maladie à l'origine de la prolongation de couverture mais tout au plus jusqu'à l'expiration de la durée des prestations convenue.

Les rechutes ne donnent pas droit à d'autres prestations.

Cette prolongation de la couverture est exclue

- en cas de droit au libre passage d'un autre assureur lorsqu'il s'agit d'une reprise de contrat,
- en cas de changement d'emploi et de passage dans l'assurance perte de gain du nouvel employeur,
- lorsque le contrat d'assurance prend fin,
- lorsque la personne assurée prend sa retraite, au plus tard en atteignant l'âge ouvrant le droit à une rente de l'AVS,
- pour les travailleurs étrangers qui transfèrent leur domicile à l'étranger, sauf pendant la durée d'une hospitalisation à l'étranger. Les frontaliers ne sont pas considérés comme travailleurs étrangers,
- pour les résidents de courte durée entre deux saisons.

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

8.2.4. Accident

Lorsque le risque accident est inclus dans l'assurance, les prestations se calculent d'après l'étendue d'assurance convenue sur la police.

Si la couverture des accidents est incluse en complément de l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, les indemnités journalières ne sont allouées que dans la mesure où l'assureur LAA est tenu de verser des prestations.

8.2.5. Suspension des prestations en cas de maternité

L'obligation de servir des prestations en cas de maladie ou d'accident est suspendue pendant la durée du droit aux prestations en cas de maternité selon la loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain (LAPG) ou à l'indemnité d'accouchement de cette assurance.

8.2.6. Indemnité d'accouchement

L'indemnité d'accouchement complète l'allocation de maternité selon la loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain (LAPG).

Durant l'octroi de l'allocation de maternité mais tout au plus pour 98 jours, il sera versé la différence entre le montant de l'allocation de maternité et le montant de l'indemnité d'accouchement assurée.

Pour 14 jours supplémentaires, l'indemnité d'accouchement est versée à hauteur de l'indemnité journalière assurée.

L'indemnité d'accouchement n'est pas versée lorsque les rapports de travail liant la personne assurée au preneur d'assurance prennent fin avant l'accouchement.

8.3. Début des prestations

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

Le délai d'attente débute le jour où commence l'incapacité de travail d'après l'attestation médicale, mais au plus tôt 3 jours avant le premier traitement médical. Sauf accord contraire, les délais d'attente sont calculés à nouveau pour chaque cas de maladie ou d'accident.

8.4. Durée des prestations

8.4.1. Principe

La durée des prestations est mentionnée sur la police d'assurance et se calcule, sauf pour la couverture échelle, par cas d'assurance.

Pour le calcul de la durée des prestations, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours entiers.

8.4.2. Imputation du délai d'attente

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

8.4.3. Nouveau cas d'assurance

La réapparition d'une maladie ou de suites d'un accident (rechute) est considérée comme nouveau cas d'assurance lorsque, depuis la dernière apparition de la même maladie ou des mêmes suites d'accident, la personne assurée était capable de travailler durant 12 mois sans interruption.

Est déterminant pour cela le taux d'occupation au moment de la survenance du cas de prestations.

8.4.4. Couverture échelle

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

Durée des rapports de travail	Durée des prestations
de 3 à 12 mois	3 semaines
jusqu'à 3 ans	9 semaines
jusqu'à 9 ans	13 semaines
jusqu'à 15 ans	17 semaines
jusqu'à 20 ans	22 semaines
jusqu'à 25 ans	27 semaines
jusqu'à 30 ans	31 semaines
plus de 30 ans	36 semaines

Lorsque des résidants de courte durée retournent chaque année dans l'entreprise assurée, la durée d'engagement est imputée sur la base du total des mois de travail accomplis dans l'entreprise.

8.4.5. Durée des prestations en cas d'accouchement

La durée des prestations en cas d'accouchement est de 112 jours au maximum.

L'octroi de l'indemnité d'accouchement à hauteur de la différence entre le montant de l'allocation de maternité et le montant de l'indemnité d'accouchement assurée prend fin lorsque l'assurée reprend le travail.

L'indemnité d'accouchement pour les 14 jours supplémentaires est versée à hauteur du montant assuré si, le jour de l'accouchement, l'assurée a droit à l'allocation de maternité selon la LAPG.

L'indemnité d'accouchement est versée sans imputation d'un délai d'attente.

Les indemnités journalières en cas d'accouchement ne sont pas imputées sur la durée maximale des prestations.

8.4.6. Age AVS

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

La même réglementation est également valable pour le chef d'entreprise et les membres de sa famille qui travaillent dans l'entreprise mais ne sont pas mentionnés dans la comptabilité des salaires (conjoint, enfants, parents).

8.4.7. Imputation en cas de reprise du contrat

Dans le cas d'une reprise du contrat ou d'un renouvellement du contrat, les prestations déjà perçues auprès d'anciennes institutions d'assurance sont imputées sur la durée des prestations.

8.5. Limitations en matière de prestations

8.5.1. Exclusion de prestations

Il n'y a aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur,
- b) lorsque l'attestation d'une incapacité de travail a été établie par un médecin ou chiropraticien non reconnu par l'assureur,
- c) en cas de participation à des actes de guerre, des désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger,
- d) pour les maladies et les accidents dus à la participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents,
- e) lorsque le degré de l'incapacité de travail de la personne assurée est inférieur à 25%,
- f) lorsque, en dépit d'une sommation, aucun paiement de la part du preneur d'assurance n'est intervenu à l'échéance du délai de sommation,
- g) lorsque le contrat d'assurance a pris fin,
- h) pendant la durée d'un congé non payé,

- i) lorsque la personne assurée touche intentionnellement et illicitement des prestations ou tente de le faire,
- j) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement,
- k) pour les dommages causés par l'énergie atomique,
- l) lorsque, durant une incapacité de travail, la personne assurée quitte passagèrement la Suisse sans l'agrément de la caisse jusqu'à son retour en Suisse.

8.5.2. Restrictions en matière de prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- a) lorsque la maladie ou les suites d'accident ne sont que la cause partielle de l'incapacité de travail,
- b) pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c.-à-d. lorsque la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. En sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes. Est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou à un entraînement pour de telles courses,
- c) lorsque la personne assurée s'oppose gravement et à de réitérées reprises aux décisions de la caisse ou aux instructions du médecin,
- d) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas produits dans les quatre semaines.

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

- a) pour les temporaires assurés,
- b) durant un séjour d'ordre non professionnel à l'étranger. Les pleines prestations assurées sont versées pendant la durée d'une hospitalisation à l'étranger,
- c) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours avant la survenance de l'incapacité de travail,
- d) pour les conséquences de tremblements de terre et d'autres catastrophes naturelles,
- e) pour les maladies épidémiques.

8.5.3. Obligation de restituer

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

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

9.1. Obligations en cas de sinistre

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

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

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

En cas d'omission sans raison valable, l'assureur n'accorde les prestations qu'à partir du jour de réception de l'avis.

Toute diminution du degré de l'incapacité de travail doit être annoncée immédiatement à la caisse.

L'annonce doit se faire véridiquement. Lorsque des prestations sont réclamées, la personne assurée, respectivement le preneur d'assurance, doit mettre toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires à la disposition de la caisse.

9.2. Réduction du dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à diminuer les prestations, notamment ce qui favorise la guérison. Elle doit éviter tout ce qui pourrait nuire à la guérison. Elle doit notamment observer les prescriptions des personnes médicales.

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

À la demande de la caisse ou du preneur d'assurance, la personne assurée doit

- se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de la caisse. Les frais sont à la charge de l'assureur.
- déjà consulter un médecin le premier jour de l'incapacité de travail.

9.3. Obligation de renseigner

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

La personne assurée délève les médecins traitants et les autres personnes médicales du secret professionnel envers la caisse. La caisse peut au besoin demander des renseignements auprès d'autres institutions d'assurance.

La personne assurée et le preneur d'assurance renseignent la caisse, sans y être invités, sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité. Les décomptes de tiers doivent être présentés à la demande de la caisse.

Le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'obligation de renseigner soit respectée par la personne assurée.

La caisse peut, dans chaque cas, vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte et, le cas échéant, prendre des mesures de contrôle appropriées.

9.4. Violation des devoirs de collaborer

Les prestations d'assurance sont réduites temporairement ou durablement ou refusées dans les cas graves lorsque la personne assurée ou le preneur d'assurance viole de manière inexcusable les obligations découlant des présentes CGA.

9.5. Impôt à la source

Si des indemnités journalières sont versées au preneur d'assurance pour transmission à la personne assurée, celui-ci est responsable de l'établissement du décompte conformément à la loi et du versement de l'impôt à la source.

10. Primes et paiements

10.1. Calcul des primes

Est déterminante pour le calcul des primes la somme des salaires bruts soumis à l'AVS, réalisée dans l'entreprise assurée. C'est tout au plus la couverture maximale convenue qui peut être prise en considération par personne et par année.

Les salaires bruts de personnes non soumises à l'AVS sont également déterminants pour le calcul des primes.

Dans la mesure où une somme de salaire fixe a été convenue par avance pour des personnes mentionnées nommément dans la police d'assurance, celle-ci sert de base de calcul.

Le taux de prime de la somme de salaire assurée est réglé dans la police d'assurance.

10.2. Paiement des primes

10.2.1. Facturation et échéance

L'assureur établit une facture d'acompte trimestrielle, semestrielle ou annuelle à l'intention du preneur d'assurance.

Les primes sont dues par avance par le preneur d'assurance et payables au moment de l'échéance fixée dans la police d'assurance.

Le montant des acomptes facturés se détermine d'après la masse salariale définitive de la dernière année civile clôturée.

Lorsque le preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de déclarer la masse salariale ou si les chiffres relatifs à l'année précédente font défaut, la caisse peut fixer le montant des acomptes de primes futurs sur la base d'une estimation.

10.2.2. Décompte final

Après expiration de l'année civile, la caisse fait parvenir au preneur d'assurance un formulaire de déclaration. Le preneur d'assurance doit, dans le délai d'un mois, renvoyer à la caisse la déclaration de la masse salariale, accompagnée des documents nécessaires (déclaration AVS, listes des assurés, décomptes de salaire etc.). Sur la base de ces indications, la caisse calcule les montants définitifs des primes et établit un décompte final correspondant. Si le solde est inférieur à CHF 10.-, il n'y aura pas de paiement complémentaire ou de remboursement.

10.2.3. Consultation de la comptabilité des salaires

La caisse a le droit de consulter la comptabilité des salaires du preneur d'assurance.

10.2.4. Remboursement de primes

Lorsque la prime a été payée par avance pour une certaine durée de contrat et que le contrat d'assurance prend fin pour des raisons légales ou contractuelles avant l'expiration de la durée de contrat convenue, l'assureur rembourse la prime afférente à la durée de contrat non échue ou n'exige plus le paiement des primes arrivant ultérieurement à échéance.

La prime pour la période d'assurance en cours est entièrement due lorsque le preneur d'assurance résilie le contrat en cas de sinistre et que le contrat était en vigueur depuis moins d'une année au moment de la résiliation.

10.2.5. Demeure

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

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

aux prestations même en cas de paiement ultérieur de la prime arriérée.

Si l'assureur ne poursuit pas le paiement de l'acompte de prime en souffrance ou le décompte final dans les deux mois suivant l'expiration du délai de sommation, le contrat d'assurance s'éteint.

10.3. Exonération de prime en cas de sinistre

Tant que des rapports de travail auprès de l'entreprise assurée existent ou que des prestations sont allouées dans le cadre de la couverture prolongée, l'obligation de payer les primes est supprimée à raison des prestations allouées par ce contrat.

Sont exceptées de cette réglementation les personnes assurées qui sont mentionnées sur la police d'assurance avec une somme de salaire fixe.

10.4. Adaptation des primes

Une adaptation des primes au vu de l'évolution des sinistres peut être opérée lorsque les prestations (y compris les provisions) dépassent le 75% des primes durant la période d'observation. Par période d'observation, on entend l'année civile en cours et au moins 2 années civiles antérieures.

Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant la fin d'une année civile. Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance dans les 30 jours suivant la communication avec effet à la date de l'entrée en vigueur. Faute de résiliation, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée.

10.5. Participation aux excédents

Une participation aux excédents peut être convenue.

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

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

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

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

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

10.6. Versement des prestations

10.6.1. Versement d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident

L'indemnité journalière est versée après recouvrement de la capacité de travail sur la base du certificat médical. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, l'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu.

Les indemnités journalières sont versées au preneur d'assurance pour transmission aux assurés aussi longtemps que ceux-ci sont employés dans l'entreprise assurée.

10.6.2. Versement de l'indemnité d'accouchement

L'indemnité d'accouchement est versée au preneur d'assurance, pour transmission à l'assurée, après l'accouchement et sur la base du justificatif des prestations selon la LAPG.

10.6.3. Compensation

L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre le preneur d'assurance.

10.6.4. Cession et mise en gage

Les créances envers l'assureur ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'agrément de ce dernier.

10.6.5. Prescription

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

11. Prestations de tiers

11.1. Coordination

11.1.1. En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncé sur la base de dispositions légales ou en raison d'une faute imputable, la caisse complète les prestations subsidiairement jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée.

Pour les prétentions en matière de prestations à l'égard de tiers, il n'y a aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA dans les limites desdites prétentions.

11.1.2. Pluralité d'assureurs

En cas de pluralité d'assureurs tenus à prestations, on détermine le coût que chaque assureur aurait dû assumer s'il avait été seul en cause. Ceci est également valable lorsque l'obligation à prestations des autres assureurs n'existe qu'à titre subsidiaire. L'indemnité à fournir selon les présentes CGA se limite à la partie de la somme d'assurance totale qui correspond à cette couverture.

11.1.3. Assurances sociales

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

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

11.1.4. Renoncement aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'agrément de l'assureur en tout ou en partie à des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation à prestations selon les présentes CGA. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

11.2. Prestations provisoires et recours

Vis-à-vis de tiers, à l'exception des assurances sociales, l'assureur peut allouer des prestations provisoires, pour autant que la personne assurée se soit efforcée dans des limites raisonnables

et sans succès de faire passer ses prétentions et qu'elle cède à l'assureur ses droits contre les tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

11.3. Surindemnisation

11.3.1. Salariés

Les prestations servies d'après les présentes CGA, compte tenu des prestations de tiers, ne doivent pas constituer une source de gain pour les personnes assurées ou pour le preneur d'assurance. En cas de surassurance, les prestations sont réduites en conséquence. Les prestations servies en trop sont demandées en restitution.

Les jours avec des prestations partielles pour cause de réduction opérée ensuite d'un droit aux prestations de tiers sont comptés comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.

11.3.2. Personnes assurées pour une somme de salaire fixe

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

11.3.3. Assurances d'indemnités journalières auprès d'autres assureurs

Le preneur d'assurance est tenu d'aviser immédiatement la caisse de toute assurance d'indemnités journalières existante ou nouvellement conclue auprès d'autres assureurs.

12. Communications

Les communications de la caisse ou de l'assureur sont faites valablement par écrit à la personne assurée ou au preneur d'assurance.

Les modifications essentielles pour l'assurance, notamment les modifications de la composition du cercle des personnes assurées, de la CCT ou des dispositions relatives à la LPP, doivent être communiquées par écrit à la caisse dans les 30 jours.

13. For

En cas de contestation découlant du contrat d'assurance, la partie plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse ou de son lieu de travail en Suisse, soit celui du siège de l'assureur ou du siège de la caisse-maladie mentionnée sur la police d'assurance.

14. Entrée en vigueur

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance perte de gain pour entreprises (LCA) entrent en vigueur le 1er janvier 2007. Elles remplacent les conditions d'assurance antérieures.