# ÖKK ASSURANCE PERTE DE GAIN (LAMal)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Edition 2021

ÖKK

# ÖKK ASSURANCE PERTE DE GAIN (LAMal)

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG
Conditions générales d'assurance (CGA)
Edition 1. 5. 2021

## SOMMAIRE


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Bases de l'assurance** | **4** |
| 1.1 | But | 4 |
| 1.2 | Organisme assureur | 4 |
| 1.3 | Bases du contrat | 4 |
| 1.4 | Police d'assurance | 4 |
| 1.5 | Loi sur l'assurance-maladie et droit des assurances sociales | 4 |
| **2.** | **Cercle des personnes assurées** | **4** |
| 2.1 | Preneur d'assurance | 4 |
| 2.2 | Personnes assurées | 4 |
| **3.** | **Validité territoriale** | **4** |
| 3.1 | Généralités | 4 |
| 3.2 | Travailleurs détachés à l'étranger | 4 |
| 3.3 | Séjour à l'étranger en cas de maladie | 4 |
| **4.** | **Début, durée et fin du contrat d'assurance** | **4** |
| 4.1 | Début du contrat | 4 |
| 4.2 | Durée du contrat | 4 |
| 4.3 | Fin du contrat | 4 |
| **5.** | **Entrée en vigueur, durée et extinction de la protection d'assurance** | **5** |
| 5.1 | Entrée en vigueur de la protection d'assurance | 5 |
| 5.2 | Extinction de la protection d'assurance | 5 |
| 5.3 | Suspension de l'obligation d'allouer des prestations | 5 |
| | en cas d'interruption de travail | 5 |
| 5.4 | Passage dans l'assurance individuelle | 5 |
| **6.** | **Etendue de l'assurance** | **6** |
| 6.1 | Montant de l'indemnité journalière assurée | 6 |
| 6.2 | Base de calcul | 6 |
| 6.3 | Couverture maximale | 6 |
| **7.** | **Prestations** | **6** |
| 7.1 | Conditions régissant les prestations | 6 |
| 7.2 | Etendue des prestations | 6 |
| 7.3 | Délai d'attente | 7 |
| 7.4 | Début des prestations | 7 |
| 7.5 | Durée des prestations | 7 |
| 7.6 | Limitations en matière de prestations | 8 |
| **8.** | **Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident** | **8** |
| 8.1 | Obligations en cas de sinistre | 8 |
| 8.2 | Réduction du dommage | 8 |
| 8.3 | Obligation de renseigner | 8 |
| 8.4 | Impôt à la source | 8 |
| **9.** | **Primes et paiements** | **8** |
| 9.1 | Calcul des primes | 8 |
| 9.2 | Masse salariale déterminante | 8 |
| 9.3 | Paiement des primes | 8 |
| 9.4 | Exonération de prime en cas de sinistre | 9 |
| 9.5 | Garantie des primes | 9 |
| 9.6 | Adaptation des primes | 9 |
| 9.7 | Participation aux excédents | 9 |
| 9.8 | Versement des prestations | 9 |
| **10.** | **Coordination des prestations** | **10** |
| 10.1 | Réduction, surindemnisation et remboursement | 10 |
| 10.2 | Renoncement aux prestations | 10 |
| 10.3 | Recours | 10 |
| **11.** | **Protection des données** | **10** |
| 11.1 | Principe | 10 |
| 11.2 | But du traitement | 10 |
| 11.3 | Transmission des données à des tiers pour traitement | 10 |
| 11.4 | Conservation des données | 10 |
| **12.** | **Communications** | **10** |
| **13.** | **For** | **11** |

La forme masculine choisie dans les présentes CGA vaut également pour les personnes de sexe féminin.

Ce texte a été traduit de l'allemand. En cas de divergence entre la version allemande et la version française, la version dans la langue d'origine fait foi.

Les Conditions générales d'assurance actuelles sont disponibles sur le site www.oekk.ch/cga-ce ou dans votre agence ÖKK.

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 But

L'assurance ÖKK ASSURANCE PERTE DE GAIN (LAMal) a pour but de couvrir la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite d'accident, de maladie ou de maternité.

Les accidents ne sont assurés que dans la mesure où cette couverture est expressément convenue.

### 1.2 Organisme assureur

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

### 1.3 Bases du contrat

Sont réputées bases du contrat

- la proposition d'assurance, y compris les éventuelles déclarations de santé,
- la police d'assurance,
- les Conditions particulières (CP) mentionnées sur la police d'assurance,
- les règlements mentionnés dans la police d'assurance,
- les présentes Conditions générales d'assurance (CGA),
- la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA),
- la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ainsi que
- l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

### 1.4 Police d'assurance

La police d'assurance indique les couvertures d'assurance et l'étendue de l'assurance.

Les CP ou accords qui dérogent aux CGA ou qui les complètent sont également mentionnés sur la police d'assurance.

### 1.5 Loi sur l'assurance-maladie et droit des assurances sociales

Sauf dispositions dérogatoires dans le contrat d'assurance ou dans les CGA, les dispositions de la LPGA ainsi que de la LAMal sont applicables.

## 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.

### 2.2 Personnes assurées

2.2.1 Salariés

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

a) s'ils sont liés par un contrat de travail ou d'apprentissage avec le preneur d'assurance,
b) s'ils sont soumis à l'AVS ou y seraient soumis au vu de leur âge ou continuent d'être occupés dans l'entreprise assurée au moment d'atteindre l'âge AVS et
c) s'ils n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus, sous réserve de l'article 2.2.2 let. c).

Les frontaliers sont en principe assimilés aux personnes domiciliées en Suisse dans le cadre des accords entre la Suisse et respectivement l'UE et l'AELE.

Peuvent être assurés en outre sur la base d'un accord spécial

a) les personnes domiciliées à l'étranger et qui ne sont ni des frontaliers ni des travailleurs détachés ou encore des résidents de courte durée,
b) les salariés occupés en Suisse mais qui ne sont pas soumis aux assurances sociales suisses en vertu des accords entre la Suisse et respectivement l'UE et l'AELE.

2.2.2 Personnes non assurées

Sont exclus de l'assurance

a) le personnel prêté au preneur d'assurance par des entreprises tierces,
b) les personnes qui travaillent pour l'entreprise assurée sur la base de mandats,
c) cles personnes qui, au moment d'entrer dans l'entreprise, ont atteint l'âge de 65 ans révolus.

## 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, l'assureur la prolonge jusqu'à six ans en tout.

### 3.3 Séjour à l'étranger en cas de maladie

Lorsqu'un assuré malade et ayant droit aux prestations se rend à l'étranger, il n'a pas droit aux prestations pendant la durée du séjour à l'étranger, à moins que l'assureur n'ait donné son consentement au préalable.

Pour les frontaliers, l'Etat de résidence et la Suisse sont considérés comme territoire national.

## 4. Début, durée et fin du contrat d'assurance

### 4.1 Début du contrat

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.

### 4.2 Durée du contrat

4.2.1 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.

4.2.2 Prolongation du contrat

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

### 4.3 Fin du contrat

4.3.1 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.

La résiliation n'est valable que si elle parvient par écrit et dans les délais impartis, c.-à-d. au plus tard le dernier jour ouvrable avant le début du délai de résiliation de trois mois.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, l'assureur peut soumettre au preneur d'assurance une nouvelle offre d'assurance assortie d'une nouvelle durée.

4.3.2 Extinction du contrat d'assurance
Le contrat d'assurance s'éteint avec effet immédiat

a) en cas de cessation de l'activité commerciale du preneur d'assurance,
b) en cas de transfert du siège social à l'étranger,
c) en cas d'ouverture de la faillite prononcée à l'égard du preneur d'assurance, à moins que l'administrateur de la faillite ou des tiers ne continuent de payer les primes d'assurance.

4.3.3 Résiliation du contrat par l'assureur
L'assureur n'est pas lié par le contrat d'assurance et peut s'en départir

a) en cas d'arriérés de primes conformément aux dispositions régissant les retards dans le paiement (article 9.3.5),
b) si, lors de la conclusion du contrat, le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître ou
c) si, pendant la durée du contrat d'assurance, le preneur d'assurance déclare inexactement ou dissimule des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur de verser des prestations.

4.3.4 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 d'assurance demeure réservée.

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

### 5.1 Entrée en vigueur de la protection d'assurance

La protection d'assurance produit ses effets dès le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail.

### 5.2 Extinction de la protection d'assurance

La protection d'assurance s'éteint pour l'assuré

a) lorsque ses rapports de travail chez le preneur d'assurance prennent fin,
b) en cas de maintien de son emploi en âge AVS, lorsqu'il atteint l'âge de 70 ans révolus,
c) par épuisement définitif du droit aux prestations,
d) par décès,
e) lorsque le contrat d'assurance prend fin.

### 5.3 Suspension de l'obligation d'allouer des prestations en cas d'interruption de travail

La protection d'assurance est maintenue en cas d'interruption de travail sans droit au salaire.

L'obligation d'allouer des prestations est néanmoins suspendue pendant cette période, sauf en cas d'interruptions de travail par suite de maladie, d'accident et de maternité ainsi qu'en cas de service dans l'armée suisse ou dans la protection civile.

### 5.4 Passage dans l'assurance individuelle

5.4.1 Droit de passage
Tout assuré, qui est soumis aux dispositions relatives à la libre circulation des personnes, peut passer sans examen de l'état de santé dans l'assurance individuelle selon la LAMal

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

Le droit de passage doit être exercé par écrit dans les trois mois qui suivent la communication de l'employeur concernant le droit de passage.

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

Sont applicables les conditions et tarifs de l'assurance individuelle valables au moment du passage, l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif étant pris en considération.

5.4.2 Devoir d'information de l'employeur
Le preneur d'assurance est tenu de renseigner l'assuré

a) lorsqu'il quitte l'entreprise
b) lorsque le contrat collectif prend fin

à temps et par écrit du droit de passage dans l'assurance individuelle et du délai à observer pour l'exercer

Lorsque le preneur d'assurance ne remplit pas ce devoir d'information, l'assuré demeure dans l'assurance collective.

5.4.3 Maintien de l'assurance
Le maintien de l'assurance a lieu en principe dans les limites de la couverture d'assurance accordée jusqu'alors, mais au maximum à hauteur du nouveau revenu de l'activité lucrative.

Un revenu maximal de CHF 250'000 par année est assuré.

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 (LACI) peuvent, moyennant une adaptation correspondante des primes, transformer leur ancienne assurance en une assurance avec un délai d'attente de 30 jours, sous garantie du montant des anciennes indemnités journalières et indépendamment de leur état de santé.

5.4.4 Imputation de prestations déjà perçues
Les prestations déjà perçues

a) dans cette assurance collective
b) auprès d'anciens assureurs

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

5.4.5 Droit de passage exclu
Il n'y a aucun droit de passage

a) lorsque l'assuré change d'emploi et passe dans l'assurance perte de gain de son nouvel employeur,
b) lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat collectif pour ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur et que ce dernier doit, sur la base d'un accord de libre passage, garantir le maintien de la protection d'assurance,
c) lorsque les prestations du contrat collectif sont épuisées,
d) lorsque l'assuré atteint l'âge de 65 ans révolus,
e) lorsque l'assuré a son domicile à l'étranger et n'est pas soumis aux dispositions sur la libre circulation des personnes,
f) pendant la durée d'une garantie de couverture provisoire.

## 6. Etendue de l'assurance

### 6.1 Montant de l'indemnité journalière assurée

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

### 6.2 Base de calcul

6.2.1 Principe

La perte de gain effectivement subie du fait du cas d'assurance sert de base de calcul pour les indemnités journalières.

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.

6.2.2 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 l'incapacité de travail 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. Les franchises fiscales ou AVS pour les personnes en âge AVS n'influencent pas le montant de la base de calcul.

Les adaptations de salaires liées à un changement du taux d'occupation ou les augmentations générales de salaires ne sont prises en considération que s'il existe un droit ou si elles ont été manifestement convenues avant la survenance du cas de prestations.

Les allocations familiales qui sont versées aux salariés par les caisses de compensation pour allocations familiales au titre d'allocations pour enfants ou d'allocations de formation professionnelle selon les dispositions de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) et les allocations familiales dans l'agriculture (LFA) sont considérées comme perte de gain et sont coassurées.

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

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

6.2.3 Revenu irrégulier

En cas de revenu soumis à de fortes fluctuations, il sera tenu compte du salaire moyen des 12 derniers mois entiers décomptés avant le début de l'incapacité de travail.

Lorsque la durée d'occupation est inférieure à 12 mois, le calcul se fera sur la base du salaire moyen perçu depuis le début de l'occupation.

6.2.4 Gérants

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

6.2.5 Augmentation de la couverture d'assurance

Une déclaration de santé est requise pour la proposition en vue de l'augmentation d'une somme de salaire fixe convenue.

Une réserve éventuelle ne s'applique que sur l'augmentation d'assurance.

### 6.3 Couverture maximale

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

## 7. Prestations

### 7.1 Conditions régissant les prestations

7.1.1 Principe

La condition pour l'octroi de prestations est une incapacité de travail par suite de maladie (ou d'accident ou d'accouchement, pour autant que le risque en cause soit couvert) attestée d'un point de vue médical et fondée sur des critères objectifs.

L'assurance alloue des prestations

a) lorsque l'assuré est incapable de travailler à 25 % au moins par suite de maladie, de maternité ou d'accident (si convenu),
b) lorsqu'un certificat médical attestant l'incapacité de travail est présenté.

L'assureur a le droit de refuser l'octroi d'une prestation si l'incapacité de travail que la personne fait valoir est, de manière prédominante, due à des facteurs non médicaux ou si le diagnostic émis ne justifie pas une incapacité de travail.

7.1.2 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.

7.1.3 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 ou qui entraîne la mort.

Sont assimilées aux accidents les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles reconnues comme telles aux termes de la LAA.

7.1.4 Maternité

Le droit aux indemnités journalières en cas de maternité naît si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice de l'assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois.

7.1.5 Incapacité de travail

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 d'une durée supérieure à 90 jours, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

7.1.6 Certificat médical

L'incapacité de travail doit être attestée par certificat médical. L'attestation doit être établie par un médecin ou chiropraticien reconnu par l'assureur.

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

### 7.2 Etendue des prestations

7.2.1 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 l'assuré du fait du cas d'assurance respectivement la somme de salaire fixe convenue.

7.2.2 Exécution de la convention collective de travail (CCT)
Si les salariés sont soumis à une convention collective de travail (CCT) stipulant d'autres conditions, celles-ci s'appliquent uniquement si et dans la mesure où une couverture conforme à la CCT a été convenue expressément avec le preneur d'assurance pour le cercle de personnes défini dans le contrat d'assurance.

7.2.3 Incapacité partielle de travail
En cas d'incapacité partielle de travail, les prestations sont versées en fonction du degré de l'incapacité de travail. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

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

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

7.2.5 Allocations familiales
Il existe un droit aux allocations pour enfants et allocations de formation professionnelle qui sont versées aux salariés par les caisses de compensation pour allocations familiales selon les dispositions de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) et sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

En cas de suppression des allocations pour enfants et des allocations de formation professionnelle par la caisse de compensation pour allocations familiales suite à un empêchement de travailler pour cause de maladie, d'accident ou de maternité, ces allocations sont prises en compte dans les prestations à hauteur de l'indemnité journalière assurée dans la mesure où il s'agit d'un événement assuré.

Le preneur d'assurance, respectivement l'assuré, doit exercer le droit par écrit auprès de l'assureur en apportant la preuve que les allocations légales pour enfants et les allocations légales de formation professionnelle de la caisse de compensation pour allocations familiales sont supprimées.

7.2.6 Prestation en cas de maternité
En cas de maternité, les indemnités journalières sont versées pendant 16 semaines, dont au moins 8 après l'accouchement.

Les prestations en cas de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (LAPG) sont imputées sur les prestations de cette assurance. Le délai d'attente convenu est supprimé. La prestation en cas de maternité n'est pas imputée sur la durée maximale du droit aux prestations.

7.2.7 Réserve
Au moment de la conclusion du contrat ou d'une augmentation de couverture, l'assureur peut exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies et suites d'accidents existant au moment du dépôt de la proposition ou si, selon l'expérience, une rechute est possible.

Les réserves sont caduques après cinq ans ou lorsque l'assuré fournit la preuve que la réserve n'est plus justifiée.

### 7.3 Délai d'attente
Le délai d'attente convenu est mentionné sur la police d'assurance. Il 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. Les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours entiers.

Sauf accord contraire, le délai d'attente est calculé à nouveau pour chaque cas de maladie ou d'accident.

### 7.4 Début des prestations
Le droit aux prestations prend naissance à l'expiration du délai d'attente.

Durant un congé non payé, le droit aux prestations prend naissance au plus tôt le jour de la reprise de travail prévue. Les jours d'incapacité de travail durant un congé non payé sont imputés sur le délai d'attente et la durée des prestations.

### 7.5 Durée des prestations
7.5.1 Principe
La durée des prestations est de 720 jours, pour une ou plusieurs maladies, dans une période de 900 jours.

En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée au maximum durant 720 jours (sous déduction du délai d'attente) dans une période de 900 jours au plus. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

Un épuisement imminent du droit aux prestations ne peut pas être annihilé par un renoncement passager aux prestations.

7.5.2 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%.

7.5.3 Réduction pour cause de surassurance
Lorsque la prestation est réduite pour cause de surassurance en cas de maladie et d'accident, la durée du droit aux prestations se prolonge jusqu'au moment où le droit entier aux prestations est épuisé.

7.5.4 Allocations familiales
En cas de suppression de l'obligation de la caisse de compensation cantonale pour allocations familiales, les allocations familiales selon les dispositions de la LAFam et de la LFA sont assurées pendant toute la durée des prestations.

7.5.5 Assurance du salaire posthume
Lorsqu'un salarié décède des suites d'une maladie assurée ou d'un accident assuré, l'obligation légale de verser le salaire au sens de l'article 338, al. 2 CO est indemnisée.

La prestation d'assurance est versée sans imputation d'un délai d'attente.

7.5.6 Age AVS
A partir de l'âge de la retraite AVS, les indemnités journalières ne sont versées que si l'assuré ou le preneur d'assurance apporte la preuve à l'assureur que les rapports de travail se seraient poursuivis pour une durée déterminée ou indéterminée si la capacité de travail avait existé. En cas de contrat de travail à durée déterminée, le droit aux prestations n'existe que pendant la durée des rapports de travail. Si cette preuve ne peut être apportée, le droit aux indemnités journalières s'éteint lorsque l'assuré a atteint l'âge de la retraite.

7.5.7 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'anciens assureurs sont imputées sur la durée des prestations.

### 7.6 Limitations en matière de prestations

7.6.1 Réduction et refus de prestations

L'assureur peut réduire temporairement ou définitivement les prestations en espèces ou les refuser dans des cas graves, dans la mesure où les conditions fixées à l'article 21 LPGA sont remplies.

7.6.2 Obligation de restituer

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

## 8. Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident

### 8.1 Obligations en cas de sinistre

L'incapacité de travail doit être annoncée, par écrit et au moyen de la déclaration de maladie, au plus tard cinq jours suivant l'expiration du délai d'attente.

Pour les délais d'attente convenus de plus de 29 jours, l'incapacité de travail doit être annoncée par écrit, dans les 30 jours de sa survenance et au moyen de la déclaration de maladie. Le certificat médical doit être fourni en même temps que la déclaration de maladie.

Si la déclaration de maladie parvient plus tard, le délai d'attente ne commence à courir qu'à réception de l'avis d'incapacité de travail. La durée des prestations débute cependant avec le premier jour de l'incapacité de travail.

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

L'annonce doit être conforme à la vérité. Lorsque des prestations sont réclamées, l'assuré et le preneur d'assurance doivent mettre toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires à la disposition de l'assureur.

### 8.2 Réduction du dommage

L'assuré doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à diminuer les prestations, notamment ce qui favorise la guérison. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à la guérison. Il doit notamment observer les prescriptions des personnes médicales. L'assureur est en droit de vérifier l'observation des prescriptions médicales et de prendre des mesures de contrôle appropriées.

L'assuré doit apporter la preuve de la perte de gain. S'il ne peut pas prouver la perte de gain, il n'a droit à aucune prestation.

L'assuré qui, probablement, reste totalement ou partiellement incapable de travailler dans sa profession habituelle est tenu le cas échéant d'exploiter sa capacité résiduelle de gain.

A la demande de l'assureur ou du preneur d'assurance, l'assuré doit

a) déposer une demande auprès de l'office AI compétent dans les six mois qui suivent la survenance de l'incapacité de travail,
b) déjà consulter un médecin le premier jour de l'incapacité de travail,
c) se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de l'assureur. Les frais sont à la charge de l'assureur.

### 8.3 Obligation de renseigner

L'assuré ou le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assureur, de son propre chef ou sur demande, de toutes les prestations allouées par des tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité.

L'assuré ou le preneur d'assurance qui fait valoir son droit aux prestations est tenu d'autoriser dans le cas d'espèce les personnes et institutions concernées, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels, à fournir les renseignements nécessaires pour établir le droit aux prestations et faire valoir les prétentions récursoires. Ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis (article 28 LPGA).

### 8.4 Impôt à la source

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

## 9. Primes et paiements

### 9.1 Calcul des primes

9.1.1 Principe

L'assureur calcule les primes en se fondant sur des méthodes actuarielles reconnues. De telles tarifications comprennent des bases statistiques et des méthodes actuarielles de calcul des primes.

Pour la tarification, la prime de risque d'une communauté de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) est calculée sur la base du code NOGA.

9.1.2 Prime de risque d'une communauté de risque

La prime de risque d'une communauté de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) est recalculée chaque année.

9.1.3 Prime du contrat individuel

Le preneur d'assurance se voit attribuer, en fonction de son risque d'assurance individuel, la prime de risque de la communauté de risque ou une prime réduite/majorée en pour cent de la prime de risque. Il en résulte la prime de risque du contrat individuel.

Le risque d'assurance individuel dépend du volume du contrat, de la charge/fréquence individuelle des sinistres et de la composition du cercle des personnes assurées (p. ex. structure par âge et sexe).

### 9.2 Masse salariale déterminante

Est déterminante pour le calcul des primes la somme des salaires bruts soumis à l'AVS, réalisée dans l'entreprise assurée par les assurés. 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 celles-ci appartiennent au cercle des personnes assurées.

### 9.3 Paiement des primes

9.3.1 Facturation et échéance

En fonction de l'accord mentionné sur la police d'assurance, 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.

9.3.2 Décompte final

Après expiration de l'année civile, l'assureur fait parvenir au preneur d'assurance un formulaire de déclaration. Le preneur d'assurance doit, dans le délai d'un mois, renvoyer à l'assureur 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, l'assureur

calcule les montants définitifs des primes et établit un décompte final correspondant. Si les montants n'atteignent pas CHF 20, le preneur d'assurance renonce à en demander le paiement ou le remboursement. Le montant est reporté sur le prochain décompte.

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, l'assureur peut fixer le montant des primes sur la base d'une estimation.

9.3.3 Consultation de la comptabilité des salaires
L'assureur a le droit de consulter la comptabilité des salaires du preneur d'assurance.

9.3.4 Remboursement des 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 d'assurance en cas de sinistre et que le contrat d'assurance était en vigueur depuis moins d'une année au moment de la résiliation.

9.3.5 Demeure
Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de payer les primes même après le délai de grâce de 14 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.

Les frais de rappel et les frais administratifs occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge du preneur d'assurance.

A l'échéance du délai de sommation, l'obligation de l'assureur est suspendue à l'égard du preneur d'assurance. L'obligation renaît dès que les primes arriérées, y compris les intérêts moratoires ainsi que les frais de sommation et de poursuite, sont entièrement payées.

En cas de retard dans le paiement des primes, l'assureur se réserve en outre le droit d'annuler le contrat collectif en dehors du délai de résiliation ordinaire.

### 9.4 Exonération de prime en cas de sinistre
Tant que des rapports de travail auprès de l'entreprise assurée existent, l'obligation de payer les primes est supprimée à raison des prestations allouées par ce contrat.

Sont exceptés de cette réglementation les assurés qui sont mentionnés sur la police d'assurance avec une somme de salaire fixe.

La facturation de la prime annuelle minimale convenue sur la police d'assurance demeure réservée.

### 9.5 Garantie des primes
Une garantie des primes est accordée pour la durée de contrat convenue.

### 9.6 Adaptation des primes
L'assureur peut adapter les primes en fonction de l'évolution des coûts de la communauté de risque et de la charge des sinistres du contrat individuel. La prime peut être adaptée si ces deux éléments sont associés.

9.6.1 Selon l'évolution des coûts de la communauté de risque
A l'expiration du contrat, les primes peuvent être adaptées en fonction de l'évolution collective des coûts de la communauté de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) sur la base du code NOGA.

Une adaptation de la prime est également possible si la classification du contrat au moment de la prolongation du contrat est sensiblement inférieure (écart d'au moins 20%) au taux de la prime de risque défini pour la communauté de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) sur la base du code NOGA. Ceci est également possible pour les contrats dont la charge des sinistres est nulle ou faible. Dans ce cas, au maximum le taux de la prime de risque (types d'entreprises/d'activités similaires) est prélevé.

9.6.2 Selon la charge des sinistres du contrat individuel
Les primes peuvent être adaptées à la fin du contrat si la somme des prestations versées pour les sinistres survenus pendant la période d'observation (y compris les provisions pour sinistres en cours) excède les primes de risque du contrat individuel.

La période d'observation est déterminante pour évaluer la charge individuelle des sinistres. Elle couvre la durée du contrat précédente, mais au maximum les 6 années précédant l'adaptation.

Lors de la détermination du nouveau montant des primes, la charge/fréquence des sinistres et la composition du cercle des personnes assurées (p. ex. structure par âge et sexe) sont également prises en compte.

9.6.3 Délai de préavis
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. Par ailleurs, les accords contractuels et la durée du contrat d'assurance restent inchangés.

### 9.7 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 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.

### 9.8 Versement des prestations
9.8.1 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 trans-

mission à l'assuré aussi longtemps que celui-ci est employé dans l'entreprise assurée.

9.8.2 Versement de l'indemnité journalière en cas de maternité
L'indemnité journalière assurée 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.

9.8.3 Compensation
L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances envers le preneur d'assurance.

9.8.4 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.

9.8.5 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.

## 10. Coordination des prestations

### 10.1 Réduction, surindemnisation et remboursement

10.1.1 Principe
Si, dans un cas de maladie ou d'accident annoncé, des prestations versées par l'assureur coïncident avec des prestations similaires d'autres assureurs sociaux, les prestations des autres assurances sociales priment.

Pour les prétentions en matière de prestations à l'égard d'autres assurances sociales, il n'y a aucune obligation dans les limites des dites prétentions.

10.1.2 Surindemnisation
Le concours de prestations de différentes assurances sociales ne doit pas donner lieu à une surindemnisation de la personne assurée. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait du cas d'assurance, le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé ou la somme de salaire fixe convenue à l'avance.

10.1.3 Réductions dans le domaine des assurances sociales
Les prestations d'indemnités journalières sont accordées en complément de celles d'autres assurances sociales (indemnités journalières, rentes, etc.) et réduites du montant de la surindemnisation.

L'assuré cède à l'assureur ses éventuels droits à des versements complémentaires vis-à-vis des assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, APG, PP, LAFam, LFA, etc.).

10.1.4 Réductions dans le domaine de l'assurance multiple
Si plusieurs assureurs sociaux sont tenus des verser des prestations d'indemnités journalières au sens des articles 67–77 LAMal, l'assureur doit verser des prestations pour le sinistre dans la proportion qui existe entre sa somme d'assurance et le montant total des sommes d'assurance.

Le preneur d'assurance est tenu d'informer sans délai l'assureur de toute assurance d'indemnités journalières existante ou nouvellement conclue auprès d'autres assureurs.

10.1.5 Résiliation en cas d'assurance multiple
Si le preneur d'assurance n'avait pas connaissance de l'assurance multiple lors de la conclusion d'un contrat ultérieur, il peut résilier ce contrat par écrit dans les quatre semaines suivant la découverte de l'assurance multiple. Si le preneur d'assurance a omis cette notification intentionnellement ou s'il a conclu l'assurance multiple dans l'intention de se procurer un profit illicite, l'assureur n'est pas lié envers lui par le contrat.

10.1.6 Remboursement
Si, malgré la possibilité de réduction, il y a surindemnisation, l'assureur peut exiger le remboursement des prestations versées en trop, réduire les prestations futures ou les compenser directement avec les prestations d'autres assureurs sociaux. En particulier, l'assureur peut demander le remboursement des prestations directement à l'assurance-invalidité fédérale.

### 10.2 Renoncement aux prestations

Lorsqu'un assuré renonce 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. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

### 10.3 Recours

Les assurés sont tenus d'informer sans délai l'assureur de toute prestation de tiers (p. ex. autres assurances sociales, assurance de prévoyance privée, assurance responsabilité civile, etc.), à condition que l'assureur soit tenu d'allouer des prestations pour le même cas d'assurance.

Dès la survenance de l'événement dommageable, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable du cas d'assurance (article 72, al. 1 LPGA).

## 11. Protection des données

### 11.1 Principe

Le traitement des données concernant des assurés est régi par les dispositions de la LAMal et de la LPGA.

### 11.2 But du traitement

L'assureur ne traite que les données (p. ex. données personnelles, informations concernant l'état de santé, examen des indications fournies sur la proposition, encaissements, liquidation des sinistres) qui sont nécessaires à l'éxécution du contrat d'assurance selon la LAMal. L'assureur traite les renseignements obtenus avec la plus grande confidentialité.

### 11.3 Transmission des données à des tiers pour traitement

L'assureur peut confier le traitement des données en tout ou en partie à un tiers (p. ex. centre informatique) en veillant à ce que ne soient effectués des traitements autres que ceux qu'il est lui-même en droit d'effectuer. Dans les autres cas, l'assureur ne renseigne qu'avec le consentement de l'assuré.

### 11.4 Conservation des données

L'assureur conserve soigneusement les données et les protège contre tout traitement non autorisé par des mesures organisationnelles et techniques appropriées.

## 12. Communications

Les communications de l'assureur sont faites valablement par écrit à l'assuré ou au preneur d'assurance.

Les modifications essentielles pour l'assurance, notamment les modifications de la composition du cercle des personnes assurées, de la Convention collective de travail (CCT) ou des dispositions relatives à la prévoyance professionnelle (LPP), doivent être communiquées par écrit à l'assureur dans les 30 jours.

Si les présentes CGA requièrent la forme écrite, une autre forme permettant d'en garder une trace écrite suffit.

## 13. For

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

ÖKK

0800 822 022
entreprises@oekk.ch
www.oekk.ch

ÖKK400f/05.21