

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

Table des matières

Bases	19 Maternité
1 Objet de l'assurance	20 Indemnité de maternité
2 Base du contrat	21 Calcul de l'indemnité journalière
3 Définitions	22 Gain d'assurance
	23 Surindemnisation
Cercle des personnes assurées	24 Avance et droit de recours
4 Entreprises assurées	25 Paiement
5 Personnes assurées	26 Mise en gage et cession des prestations
6 Revenu lucratif assurable	27 Restrictions de la couverture d'assurance
7 Validité territoriale	
	Primes
Début et fin de l'assurance	28 Bases du calcul des primes
8 Début de l'assurance	29 Paiement des primes
9 Fin de la protection d'assurance	30 Déclaration des sommes salariales
10 Résiliation	31 Restitution de la prime
11 Transfert dans l'assurance individuelle	32 Retard de paiement
	33 Assurance avec participation au bénéfice
Prestations	34 Compensation de prestations et obligation de restituer
12 Conditions de prestations	35 Modification du tarif de primes
13 Annonce et obligations en cas de sinistre	36 Modification du taux de prime
14 Manquement aux obligations	
15 Début des prestations	Dispositions finales
16 Délai d'attente	37 Communications et obligation d'informer
17 Durée des prestations	38 For
18 Interruption des prestations	

Helsana Assurances complémentaires SA, Zurich, est assureur conformément aux présentes Conditions générales d'assurance (CGA). Les prestations d'assurance sont versées par Helsana Assurances complémentaires SA en sa qualité de partie du contrat d'assurance. Helsana Assurances SA est autorisée à entreprendre toutes les actions au nom et pour le compte d'Helsana Assurances complémentaires SA.

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 Base du contrat

Le contrat est régi par:

- 2.1 la police et les éventuels avenants afférents;
- 2.2 les déclarations du preneur d'assurance resp. de la personne assurée mentionnées dans la proposition d'assurance et les éventuelles déclarations de santé;
- 2.3 les présentes Conditions générales d'assurance (CGA);
- 2.4 les éventuelles Conditions supplémentaires d'assurance (CSA);
- 2.5 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 sur l'assurance accidents obligatoire (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 exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.
- 3.5 Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.
- 3.6 Est réputée invalidité une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.
- 3.7 Sont considérés comme médecins, les médecins, dentistes ou chiropraticiens titulaires d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger équivalent et autorisés à exercer leur profession en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein. A 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 ou qu'ils sont entièrement capables de travailler lorsqu'ils atteignent l'âge AVS et qu'ils continuent d'être occupés dans l'entreprise assurée et
 - lorsqu'ils n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus (sous réserve du cfr. 5.5 c).
- 5.3 Les indépendants, les propriétaires d'entreprise, ainsi que les membres de leur famille qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires ne sont assurés que s'ils sont désignés nominalement dans la police.
- 5.4 Les personnes suivantes sont assurées uniquement s'il existe un accord particulier:
- a) les auxiliaires à court terme avec un contrat de travail limité jusqu'à 3 mois;
 - b) les employés à temps partiel qui travaillent moins de 8 heures par semaine;
 - c) les salariés à l'heure qui ne sont pas occupés régulièrement et de manière fixe pendant au moins 8 heures par semaine dans l'entreprise assurée;
 - d) les travailleurs à domicile;
 - e) les personnes qui sont employées en Suisse mais qui, en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'Union européenne ou de la convention passée avec l'AELE, ne sont pas soumises aux assurances sociales suisses.
- 5.5 Les personnes suivantes ne sont pas assurées:
- a) le personnel prêté au preneur d'assurance resp. à l'entreprise assurée par des entreprises tierces;
 - b) les personnes qui travaillent sur mandat pour l'entreprise assurée;
 - c) les personnes qui, au moment de commencer le travail ou au début de l'assurance, ont atteint l'âge AVS.

6 Revenu lucratif assurable

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

7 Validité territoriale

- 7.1 L'assurance est valable dans le monde entier.
- 7.2 En cas de séjour hors de la Suisse, dans des Etats qui ne font pas partie de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), des prestations sont accordées uniquement lorsqu'un séjour hospitalier est nécessaire pour des raisons médicales et uniquement aussi longtemps qu'un retour en Suisse est impossible.
- 7.3 Les conditions mentionnées au cfr. 7.2 ne s'appliquent pas pour les personnes assurées détachées à l'étranger, pendant
- qu'elles séjournent dans le pays de leur lieu de travail en dehors de l'UE ou de l'AELE,
 - qu'elles sont soumises à la Loi fédérale sur l'AVS (LAVS) et
 - que la durée depuis le début du travail à l'étranger est inférieure à 2 ans (des autorisations spéciales sont examinées le cas échéant).

Début et fin de l'assurance

8 Début de l'assurance

- 8.1 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 A 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 sont à nouveau entièrement capables de travailler, dans le cadre de leur contrat de travail. L'admission dans l'assurance a lieu pour la couverture convenue sans examen de l'état de santé et aucune exclusion n'est appliquée pour les dommages à la santé, préalablement existants, qui réapparaissent (couverture intégrale).
- 8.5 Les employés partiellement invalides ou handicapés qui, en raison de leur état de santé diminué, exercent uniquement une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée, doivent être entièrement capables de travailler le jour où ils commencent le travail ou le jour où débute l'assurance pour l'occupation à temps partiel qui a été convenue. Une aggravation passagère ou durable de l'affection qui a conduit à l'invalidité partielle n'est pas assurée.
- 8.6 Lorsqu'une personne assurée bénéficie de conditions plus avantageuses en raison d'un accord de libre-passage, on applique ces dernières.

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 d'assurance collectif s'éteint:
- suite 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;
 - au moment du changement de propriétaire.
- 9.3 Pour chaque personne assurée, l'assurance s'éteint:
- si la personne assurée quitte le cercle des assurés resp. si les rapports de travail de la personne assurée avec le preneur d'assurance prennent fin;
 - à l'atteinte de l'âge AVS resp. de l'âge de 70 ans révolus pour les personnes assurées qui ont continué d'être assurées au sens du cfr. 5.2;
 - dès que la protection d'assurance est garantie par un autre assureur sur la base d'une convention de libre-passage;
 - en cas de décès de la personne assurée.
- 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. Les rechutes selon cfr. 17.2 ne donnent pas droit à d'autres prestations.
- 9.5 La prestation complémentaire selon cfr. 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.

10 Résiliation

- 10.1 Le contrat peut être résilié par écrit par le preneur d'assurance ou par l'assureur la première fois à la date d'échéance mentionnée dans la police, ensuite pour la fin de chaque année d'assurance. La résiliation doit avoir lieu par écrit et doit être en 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 nouveau cas de prestation. 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 prestation. La couverture d'assurance s'éteint au moment où l'assureur reçoit cette communication. L'assureur renonce à ce droit de résiliation.

11 Transfert dans l'assurance individuelle

- 11.1 La personne qui quitte le cercle des personnes assurées a le droit d'être transférée dans l'assurance indemnités journalières individuelle LCA de l'assureur dans les 3 mois, sans nouvel examen de son état de santé. Les personnes assurées bénéficient du même droit lorsque le contrat d'assurance collectif s'éteint.
- 11.2 Au moment de la résiliation des rapports de travail, le preneur d'assurance doit informer par écrit les personnes assurées qui quittent le cercle des assurés collectifs sur leur droit de transfert dans l'assurance individuelle et le délai de 3 mois. La même obligation est valable en cas de dissolution du contrat collectif.
- 11.3 Le délai commence au moment de la sortie de l'assurance collective, au plus tard cependant à réception de la communication écrite sur le droit de transfert. Si la personne assurée reçoit une prestation complémentaire selon cfr. 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 transférées ont droit à une protection d'assurance dans le cadre des prestations assurées à ce jour. Le montant de l'indemnité journalière est toutefois limité au revenu lucratif actuel ou à la prestation de l'assurance-chômage (AC), au maximum toutefois aux prestations assurées jusqu'ici ou 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 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 resp. de droit de transfert pour les personnes assurées qui
- sont domiciliées à l'étranger (les dispositions selon l'Accord sur la libre-circulation des personnes demeurent réservées);
 - sont employées au bénéfice d'un contrat de travail de durée limitée. S'agissant des personnes sans emploi au sens de l'art. 10 de la Loi sur l'assurance-chômage (LACI), les dispositions de l'art. 100, al. 2 LCA sont applicables;
 - n'ont pas de revenu assurable;
 - ont atteint l'âge AVS ou prennent une retraite anticipée;
 - si les prestations dans le contrat collectif sont épuisées.
- 11.7 D'autre part, il n'existe pas de droit de transfert:
- en cas de changement de place de travail et transfert dans l'assurance collective d'indemnités journalières maladie d'un nouvel employeur;
 - en cas de suppression du contrat 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;
 - si le contrat de travail a été dissous pendant la période d'essai. S'agissant des personnes sans emploi au sens de l'art. 10 de la Loi sur l'assurance-chômage (LACI), les dispositions de l'art. 100, al. 2 LCA sont applicables.
- Prestations**
- 12 Conditions de prestations**
- 12.1 En cas d'incapacité de travail prouvée d'au moins 25%, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail.
- 12.2 Pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille, qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, l'incapacité de travail doit être d'au moins 50%.
- 12.3 La capacité de travail des personnes assurées partiellement invalides ou handicapées est considérée comme entière au sens des présentes dispositions lorsque ces personnes sont entièrement capables de travailler au degré d'occupation correspondant qui a été fixé pour elles. Leur incapacité de travail se calcule d'après le degré d'incapacité de continuer d'exercer leur activité actuelle.
- 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 médicalement nécessaire et qu'une demande de cure a été remise à l'assureur suffisamment à l'avance avant le début de la cure.
- 12.6 Aucune prestation n'est accordée lorsque la personne assurée se rend à l'étranger sans l'accord de l'assureur dans le but d'y suivre un traitement, pour des soins ou pour y accoucher.
- 13 Annonce et obligations en cas de sinistre**
- 13.1 Le preneur d'assurance doit annoncer une incapacité de travail à l'assureur au plus tard 15 jours après le début de l'incapacité de travail pour les assurances dont le délai d'attente est compris entre 0 et 10 jours. Pour les délais d'attente de 11 jours et plus, l'annonce doit parvenir à l'assureur dans les 35 jours qui suivent le début de l'incapacité de travail. Dans les 3 jours qui suivent l'annonce de maladie, une attestation d'incapacité de travail du médecin doit être remise. En cas d'envoi tardif inexcusable, le droit aux prestations assurées existe au plus tôt à réception de cette annonce.
- 13.2 La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de revenu. Si la perte de revenu ne peut pas être prouvée, il n'existe pas de droit aux prestations.
- 13.3 Les personnes assurées doivent tout entreprendre pour accélérer la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir. Elles doivent en particulier suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant.
- 13.4 Lorsque l'incapacité de travail prend fin, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit immédiatement être envoyée à l'assureur.
- 13.5 La personne assurée qui présente une incapacité de travail complète ou partielle probablement durable dans sa profession d'origine est tenue d'utiliser son éventuelle capacité de travail 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 cfr. 14.

- 13.6 La personne assurée doit se rendre régulièrement en traitement ou au contrôle médical. En outre, la personne assurée est tenue de se soumettre aux examens médicaux que l'assureur estime nécessaires. Les coûts de tels examens sont pris en charge par l'assureur. L'assureur est en droit de contrôler le respect des prescriptions médicales par des visites de malades.
- 13.7 La personne assurée est tenue de collaborer dans le cadre de la présente assurance. Elle doit en particulier fournir à l'assureur toutes les indications dont il a besoin pour déterminer le droit aux prestations et fixer le montant des prestations.
- 13.8 L'assureur rend la prestation tributaire de la condition que le cas soit annoncé aux autres assurances impliquées. Le droit aux prestations est interrompu si la personne assurée ne donne pas suite à l'injonction d'annoncer le cas. Le droit renaît une fois l'annonce faite. La 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 temporairement ou durablement ou refusées dans les cas graves lorsque la personne assurée transgresse les obligations des présentes CGA; en particulier si la personne assurée se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé d'elle, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou à une mesure de réinsertion professionnelle permettant d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
- 14.2 Ces préjudices de droit n'interviennent pas lorsque la violation des obligations paraît excusable au vu des circonstances.

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 trois 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 6 mois qui suivent la fin du droit au salaire. Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance et aucune prime n'est due pendant la durée prévue du congé. Si la personne assurée tombe malade pendant le congé non payé, l'assureur impute sur le délai d'attente et la durée des prestations les jours qui s'écoulent depuis le début de l'incapacité de travail jusqu'à la date prévue à l'origine pour la reprise de l'activité lucrative. Les obligations selon cfr. 13 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 se calcule par sinistre. 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 sinistre pendant la durée de prestations mentionnée dans la police, avec déduction du délai d'attente convenu. Les jours d'incapacité de travail partielle sont considérés comme jours entiers. Demeurent réservés les cas dans lesquels la personne assurée n'exerce pas son droit de transfert après avoir quitté l'assurance collective.
- 17.2 La réapparition d'une maladie ou des suites d'un accident est considérée comme nouveau sinistre 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 due à cette maladie ou ces suites d'accident durant au moins 365 jours. En cas de rechute dans les 365 jours, le délai d'attente déjà entamé est supprimé et les prestations déjà perçues sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale des prestations.
- 17.3 Après épuisement de la durée maximale des prestations pour un sinistre, la personne assurée a épuisé toutes les prestations pour le sinistre en question. Une éventuelle capacité de travail résiduelle demeure assurée.

- 17.4 Pour les personnes assurées qui, au début du sinistre, touchent une rente de vieillesse de l'AVS, on applique une durée des prestations de 180 jours civils au total en lieu et place de la durée des prestations mentionnée dans la police.
- 17.5 S'agissant des personnes assurées qui sont au bénéfice d'un contrat de travail de durée limitée, les indemnités journalières sont octroyées au plus pour la durée dudit contrat.
- 17.6 La personne assurée ne peut pas empêcher l'épuisement de la durée des prestations en renonçant aux prestations avant la fin de l'incapacité de travail.
- 18 Interruption des prestations**
- 18.1 Si, pendant la période où elle touche des indemnités journalières, la personne assurée connaît une interruption du travail sans droit au salaire (par ex. emprisonnement, détention préventive, etc.), aucune indemnité journalière n'est due pour cette période. Les jours non indemnisés sont intégralement imputés sur la durée des prestations.
- 18.2 Une personne assurée, en incapacité de travail, qui quitte temporairement (p. ex. pour des vacances) la Suisse sans l'accord de l'assureur, n'a plus droit aux prestations d'assurance jusqu'à son retour en Suisse. Les jours passés à l'étranger sont en tous les cas imputés sur la durée des prestations
- 19 Maternité**
- L'obligation de verser des prestations en cas de maladie et d'accident est suspendue pendant les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Si l'assurée reste volontairement absente de son travail jusqu'à la 16^e 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 cfr. 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 cfr. 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 assurée par 365 resp. 366 dans les années bissextiles.
- 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 (assurance de dommages).
- 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 somme, 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 cfr. 6.1 resp. 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 le remboursement des prestations qu'il accorde en prévision d'une rente d'invalidité, à compter du début du versement de la rente. Le montant demandé en restitution correspond au montant de la surindemnisation selon le cfr. 23.1. En présence d'une assurance d'indemnités journalières auprès d'un assureur privé pour la maladie ou l'accident, la part de l'assureur est proportionnelle.

24 Avance et droit de recours

- 24.1 L'assureur sert des prestations à titre d'avance à condition que le preneur d'assurance et les personnes assurées lui cèdent leurs prétentions à l'encontre des tiers tenus à prestations (assureurs en responsabilité civile inclus) jusqu'à concurrence des prestations qu'il accorde et qu'ils s'engagent à ne rien entreprendre qui puisse faire obstacle à l'exercice d'un éventuel droit de recours contre les tiers.
- 24.2 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.

25 Paiement

- 25.1 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.
- 25.2 Sauf accord contraire, les prestations sont versées au preneur d'assurance. Le droit propre des personnes assurées au remboursement des prestations demeure réservé conformément à l'art. 87 LCA.

26 Mise en gage et cession des prestations

Sans l'accord de l'assureur, les cessions de prestations à des tiers ou leur mise en gage sont sans validité juridique.

27 Restrictions de la couverture d'assurance

- 27.1 Il n'y a pas de couverture d'assurance au titre de l'assurance indemnités journalières pour
- a) les maladies, accidents et leurs suites consécutifs à des actes téméraires. Les actes téméraires sont des actes à l'occasion 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;
 - b) 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 relation avec un cas d'assurance couvert.
- 27.2 Aucune prestation d'assurance n'est versée pour les accidents et les suites d'accidents consécutifs à
- a) des dangers extraordinaires. Sont considérés comme tels:
 - aa) participation à des désordres;
 - ab) en cas de service militaire à l'étranger;
 - ac) participation à des actes guerriers, de terrorisme, commission intentionnelle de crimes et délits ainsi que leurs tentatives;
 - ad) 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;
 - ae) dangers auxquels la personne assurée s'expose en provoquant gravement autrui;
 - b) des événements de guerre
 - ba) en Suisse;
 - bb) 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.

Primes

28 Bases du calcul des primes

- 28.1 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.
- 28.2 Pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille, dans la mesure où ils ne figurent pas dans la comptabilité des salaires, on applique pour le calcul des primes le revenu lucratif mentionné dans la police.

29 Paiement des primes

- 29.1 Les primes sont payables d'avance par le preneur d'assurance pour toute une période d'assurance. En cas de paiement fractionné, l'assureur peut prélever un supplément.
- 29.2 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.
- 29.3 L'obligation de payer des primes est suspendue pendant la durée de l'incapacité de travail dans le cadre des prestations versées au titre du contrat collectif. Cette disposition n'est pas valable pour les indépendants, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires.

30 Déclaration des sommes salariales

- 30.1 L'assureur enjoint le preneur d'assurance à la fin de chaque année de déclarer les sommes salariales définitives. A cet effet, l'assureur remet au preneur d'assurance un formulaire de déclaration des sommes salariales qui doit lui être retourné dans les 30 jours entièrement complété en bonne et due forme. Sur la base de ce dernier, l'assureur établit le décompte définitif pour l'année écoulée.
- 30.2 Si le preneur d'assurance ne respecte pas son obligation d'annonce, les primes sont fixées par évaluation. Si plus tard, il ressort que suite à cela, les primes n'ont pas été toutes encaissées, le preneur d'assurance doit en plus du montant de la différence un intérêt de retard de 5%.
- 30.3 L'assureur ou des tiers par lui mandatés ont le droit d'examiner la comptabilité des salaires du preneur d'assurance ou d'exiger des copies de ses décomptes AVS.

31 Restitution de la prime

- 31.1 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 afférent à la période d'assurance qui ne s'est pas encore écoulée.
- 31.2 La prime pour l'année d'assurance en cours est cependant due dans son intégralité lorsque le contrat était en vigueur depuis moins d'une année au moment de son extinction et que le preneur d'assurance est à l'origine de la résiliation.
- 31.3 Une période d'assurance commence avec l'échéance principale selon la police et dure une année.

32 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 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.

33 Assurance avec participation au bénéfice

- 33.1 Si l'assurance a été conclue avec une participation au bénéfice, le preneur d'assurance reçoit une part du bénéfice de son contrat, convenue contractuellement, ceci après écoulement de trois années d'assurance (période allant respectivement du 1^{er} janvier au 31 décembre).
- 33.2 Le bénéfice est calculé comme suit:
Sont déduits des primes définitives payées pour la période de décompte concernée:
- les prestations d'assurance concernant la période de décompte;
 - les frais administratifs, les provisions et les réserves sur la base de la part fixée par le contrat.
- 33.3 Un déficit éventuel n'est pas reporté sur la période de décompte suivante.
- 33.4 Lorsque des sinistres sont annoncés après la clôture du décompte ou que d'autres paiements tombant sur la période de décompte qui a été clôturée sont effectués, un nouveau décompte de participation au bénéfice est établi. L'assureur demande la restitution des parts de bénéfice payées en trop ou les impute sur les versements dus au titre des indemnités journalières.
- 33.5 En cas de résiliation du contrat collectif avant la fin d'une période de décompte, tout droit à une participation au bénéfice s'éteint.

34 Compensation de prestations et obligation de restituer

- 34.1 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.
- 34.2 Les prestations perçues à tort par le preneur d'assurance ou la personne assurée doivent être remboursées à l'assureur.

35 Modification du tarif de primes

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

36 Modification du taux de prime

- 36.1 L'assureur peut adapter les primes en fonction de l'évolution des sinistres pour la fin du contrat. La période d'observation correspond à l'année d'assurance courante plus les deux à quatre années d'assurance précédentes. Si la somme des prestations (y c. les provisions pour sinistres en cours) excède les primes de risque acquises, l'assureur peut adapter les taux de prime conformément aux dispositions tarifaires en vigueur.
- 36.2 En ce qui concerne les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, les propriétaires d'entreprise et les membres de leur famille qui ne figurent pas dans la comptabilité des salaires et pour autant qu'en outre aucun employé ne soit assuré, les taux de prime peuvent être adaptés au tarif du groupe d'âge correspondant.
- 36.3 L'assureur communique les nouveaux taux de prime au preneur d'assurance au plus tard 60 jours avant l'échéance principale de la prime. Le preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec la modification de la prime peut résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. La résiliation doit être communiquée par écrit et parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Si le preneur d'assurance omet de résilier, il y a consentement tacite et le contrat est maintenu dans son étendue actuelle avec le nouveau taux de prime.

Dispositions finales**37 Communications et obligation d'informer**

- 37.1 Au preneur d'assurance:
Toutes les communications au preneur d'assurance resp. aux interlocuteurs par lui désignés sont effectuées à la dernière adresse en Suisse connue de l'assureur.
- 37.2 Aux personnes assurées:
Toutes les communications aux personnes assurées sont effectuées par le preneur d'assurance. Celui-ci est tenu d'informer toutes les personnes assurées des principaux termes du contrat.
- 37.3 A l'assureur:
Toutes les communications doivent être adressées directement à l'assureur, en allemand, français, italien ou anglais. Une traduction légalisée doit être jointe aux documents rédigés dans d'autres langues.
- 37.4 Lorsqu'un preneur d'assurance modifie son domicile commercial, ses interlocuteurs compétents, le genre de l'entreprise ou si les rapports de propriété de l'entreprise changent, il doit en informer immédiatement l'assureur par écrit.

38 For

Pour toutes les actions au sujet du présent contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, soit ceux du lieu de travail de l'ayant droit, soit ceux du siège principal d'Helsana Assurances complémentaires SA.