

Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal

BE

BEGM02-F11 – Edition 01.01.2011

Table des matières

A. Généralités

- Art. 1 Objet de l'assurance
- Art. 2 Bases juridiques du contrat
- Art. 3 Début de la couverture
- Art. 4 Certificat d'assurance

B. Etendue de l'assurance

- Art. 5 Couvertures d'assurance
- Art. 6 Personnes assurées
- Art. 7 Durée des prestations
- Art. 8 Affiliation à l'assurance collective
- Art. 9 Affiliation avec examen du risque
- Art. 10 Début et fin du contrat
- Art. 11 Début et fin de la couverture d'assurance
- Art. 12 Passage à l'assurance individuelle

C. Prestations assurées

- Art. 13 Prestations
- Art. 14 Accords bilatéraux et prestations à l'étranger
- Art. 15 Limitation de la couverture d'assurance
- Art. 16 Réserve médicale

D. Indemnités journalières en cas de maternité

- Art. 17 Prestations

E. Perte de gain additionnelle

- Art. 18 Etendue de la couverture
- Art. 19 Couverture d'assurance
- Art. 20 Passage à l'assurance individuelle
- Art. 21 Prime
- Art. 22 Dispositions complémentaires

F. Primes

- Art. 23 Paiement des primes
- Art. 24 Adaptation du taux de prime
- Art. 25 Décompte de prime
- Art. 26 Participation aux excédents

G. Dispositions diverses

- Art. 27 Obligations du preneur d'assurance
- Art. 28 Obligations de l'assuré
- Art. 29 Prestations de tiers
- Art. 30 Surindemnisation / surassurance
- Art. 31 Compensation
- Art. 32 Cession et mise en gage des prestations
- Art. 33 Communications
- Art. 34 Entrée en vigueur et modification des conditions générales

La LPGA, la LAMal ainsi que les ordonnances idoines suppléent aux dispositions non contenues dans les présentes conditions générales d'assurance.

A. Généralités

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assureur mentionné dans le contrat accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie, de la maternité et de l'accident pour autant que ce risque soit inclus dans le contrat.

Art. 2 Bases juridiques du contrat

Les bases juridiques du contrat sont constituées par:

1. Le droit fédéral et international. En particulier l'assureur est soumis à la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), à ses annexes et son ordonnance, ainsi qu'à la loi fédérale

du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et aux ordonnances d'application de ladite loi.

2. Le droit cantonal.
3. Les statuts.
4. Les présentes conditions générales d'assurance, les éventuelles conditions complémentaires ou particulières ainsi que les dispositions du contrat et des éventuels avenants.
5. Les déclarations écrites dans la proposition, les autres déclarations écrites du preneur d'assurance et des assurés ainsi que les questionnaires médicaux respectifs.

Art. 3 Début de la couverture

La couverture déploie ses effets dès la date d'entrée en vigueur de l'assurance qui est indiquée sur le contrat ou le certificat.

Art. 4 Certificat d'assurance

Lorsque le candidat est admis sur la base d'un questionnaire médical, l'assureur établit un certificat d'assurance mentionnant les branches d'assurances dont il est titulaire et leur entrée en vigueur.

B. Etendue de l'assurance

Art. 5 Couverture d'assurance

1. L'assureur garantit par défaut les risques maladie et maternité, sauf disposition contractuelle contraire.
2. Le risque accident n'est couvert que dans la mesure où il est expressément prévu dans le contrat. L'étendue des prestations en cas d'accident est la même que pour la maladie.
3. Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident au sens de la LAA ainsi que leurs suites sont uniquement prises en charge par la couverture accident.
4. L'assureur alloue les indemnités journalières jusqu'à concurrence de la couverture prévue dans le contrat, basée sur un salaire annuel maximal de Fr. 250'000.- par personne.

Art. 6 Personnes assurées

1. Le cercle des personnes assurées est mentionné dans le contrat.
2. Les personnes qui ont épuisé leur droit aux prestations d'une assurance indemnité journalière (sauf conditions de la perte de gain additionnelle: art. 18 à 22 CGA), le personnel prêté au preneur d'assurance par des entreprises tierces ne peuvent adhérer à un contrat d'indemnité journalière.
3. Les personnes qui sont totalement ou partiellement incapables de travailler par suite d'une atteinte à la santé, au moment de l'entrée en vigueur du contrat collectif, subsidiairement au début des rapports de travail, ne sont pas assurées. Elles le seront dès qu'elles auront retrouvé, durant un mois au moins, leur pleine capacité de travail. Les conventions de libre passage restent réservées.

Art. 7 Durée des prestations

1. L'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours.
2. Les délais d'attente à charge de l'employeur sont imputés sur la durée du droit aux prestations.
3. Sont imputés sur la durée des prestations les jours pendant lesquels les assurés ont reçu des indemnités journalières de l'assureur dont ils sortent.

Art. 8 Affiliation à l'assurance collective

1. Si l'entreprise compte moins de 5 personnes au moment de la conclusion du contrat d'assurance collective, ce dernier est établi avec examen du risque y compris pour les personnes affiliées après son entrée en vigueur.

2. Si l'entreprise compte 5 personnes ou plus au moment de la conclusion du contrat d'assurance collective, l'examen du risque n'est pas exigé.
3. Pour les personnes nommément désignées dans le contrat, un examen du risque est exigé.

Art. 9 Affiliation avec examen du risque

1. Un questionnaire médical doit être rempli par chaque personne soumise à un examen du risque. Un examen médical demeure réservé.
2. La personne à assurer autorise le personnel médical à donner au service du Médecin-conseil de l'assureur les renseignements nécessaires à l'examen de la proposition d'assurance.
3. Selon l'état de santé de la personne à assurer, l'assureur peut l'accepter à des conditions aggravées (réserve).
4. Lors de l'entrée en vigueur du contrat collectif, les réserves instaurées par l'ancien assureur sont maintenues jusqu'à l'échéance du délai initial.

Art. 10 Début et fin du contrat

1. L'entrée en vigueur est indiquée dans le contrat, de même que son échéance, fixée au 31 décembre d'une année civile.
2. A l'échéance du contrat et sauf avis de résiliation reçu par l'assureur au plus tard le 30 septembre de l'année civile, le contrat est reconduit tacitement d'année en année. Toute résiliation doit être envoyée par pli recommandé. Les articles 23 chiffre 5 et 24 chiffre 4 des présentes conditions sont réservés.
3. En cas de cessation d'activité, la résiliation sera acceptée pour la fin du mois correspondant. L'assureur doit être informé du fait dans les 30 jours qui suivent la fermeture de l'entreprise ou de la mise en faillite de celle-ci.
4. Le contrat peut être résilié (exclusion) lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.
5. En qualité de membre individuel, la couverture d'assurance peut être résiliée pour la fin d'un mois moyennant un préavis d'un mois. L'avis de résiliation doit être envoyé par pli recommandé et reçu dans le délai prescrit.

Art. 11 Début et fin de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance débute pour chaque assuré le jour de son entrée au service de l'entreprise, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur du contrat.
2. Sous réserve du droit au libre passage des lettres a., b. et i., la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré:
 - a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés,
 - b. à la résiliation du contrat,
 - c. dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire,
 - d. au décès de l'assuré,
 - e. à l'épuisement du droit aux prestations,
 - f. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite anticipée,

- g. à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations,
- h. lorsque le délai cadre ou le droit aux prestations du chômage est échu,
- i. à partir de la déclaration de faillite de l'entreprise,
- j. lors de son exclusion.

Art. 12 Passage à l'assurance individuelle

1. Les réserves déjà existantes dans l'assurance collective sont maintenues pour les assurés en qualité de membre individuel.
2. Les indemnités journalières versées dans le cadre de l'assurance collective sont imputées sur celles de la couverture dont bénéficie l'assuré en qualité de membre individuel.
3. Le droit au passage en qualité de membre individuel n'existe pas lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi.

C. Prestations assurées

Art. 13 Prestations

Conditions

1. L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Cette disposition n'est pas applicable aux chômeurs.
2. L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire en vigueur au moment de l'incapacité de travail conformément à la déclaration de l'employeur faite par le biais des formulaires mis à sa disposition par l'assureur.
3. L'incapacité de travail des personnes partiellement invalides ou handicapées se calcule d'après le degré d'incapacité à continuer l'exercice de leur activité actuelle.
4. En cas d'incapacité de travail totale ou partielle d'un assuré, l'employeur doit en informer l'assureur dans un délai de 7 jours à compter du début de l'interruption de travail et ce par l'intermédiaire d'un certificat médical émanant d'un médecin reconnu. Toutefois, pour les délais d'attente de 30 jours et plus, l'obligation d'informer l'assureur peut se faire dans les 15 jours à compter du début de l'interruption de travail. Si le certificat médical d'annonce du sinistre (certificat initial) parvient à l'assureur après ce délai, le jour où il est donné est réputé premier jour d'incapacité de travail et le délai d'attente choisi court à partir de cette date. Le droit à l'indemnité journalière assurée existe au plus tôt après ce délai.
5. Si le certificat initial a été établi plus de 3 jours après le début de l'incapacité de travail, l'assureur se réserve le droit de considérer le jour de l'établissement dudit certificat comme étant le premier jour d'incapacité.
6. En cas de décès du travailleur résultant d'un risque assuré à l'origine d'une incapacité de travail donnant droit à des prestations perte de gain maladie, l'assureur verse à l'employeur l'indemnité journalière dans les limites du droit aux prestations et des dispositions de l'article 338 CO.

Calcul de l'indemnité journalière:

7. Si l'indemnité est exprimée en francs fixes, l'assureur verse l'indemnité contractée, sous réserve de la surindemnisation ou de la surassurance.
8. Si l'indemnité est exprimée en % du salaire, elle est calculée pour les salaires horaires et les salaires mensuels, mais au maximum prévu par la convention collective, comme suit:

Salaire horaire:

- Salaire horaire de base brut (éventuellement avec 13^e salaire)
multiplié par:
nombre d'heures hebdomadaires ou annuelles moyen
multiplié par:
52 semaines (si nombre d'heures hebdomadaires)
divisé par:
365 jours (y compris année bissextile)
multiplié par:
pourcentage de couverture fixé.

Avec cette méthode, les suppléments pour vacances et jours fériés sont inclus dans le calcul de l'indemnité journalière. Sous salaire horaire de base brut, les jours fériés et les vacances ne sont pas rajoutés au salaire horaire de base.

Salaire mensuel:

- Salaire mensuel
multiplié par:
12 mois (ou 13 mois, si 13^e salaire)
divisé par:
365 jours (y compris année bissextile)
multiplié par:
pourcentage de couverture fixé.

9. Si le revenu est soumis à de fortes fluctuations (par ex. rémunération à la commission ou travail d'auxiliaire irrégulier), l'indemnité journalière est déterminée en divisant par 365 le salaire perçu pendant les 12 mois précédant l'incapacité de travail.

Versement

10. L'indemnité journalière due est versée pour chaque jour d'incapacité de travail (dimanche et jours fériés compris).
11. En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail.
12. L'indemnisation de l'incapacité de travail ne pourra avoir lieu qu'à réception d'un certificat intermédiaire ou final (reprise du travail). Le certificat intermédiaire doit être remis à l'assureur une fois par mois. Lors de la réception d'un certificat médical intermédiaire, l'assureur n'indemniserait l'assuré que jusqu'à la date de l'établissement du certificat attesté par le praticien ou au plus jusqu'à la fin du mois en cours.
13. Si les prestations perte de gain des employés sont allouées directement à l'employeur, ce dernier les reverse par le biais des salaires.

Délais d'attente

14. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente choisi. Les jours d'incapacité de travail partiels comptent comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente.
15. Le délai d'attente s'applique à chaque incapacité de travail, sauf s'il s'agit d'un cas de rechute, sous réserve de

- l'application du délai restant. Toute rechute résultant d'une même affection intervenant dans un délai de plus de 180 jours entraînera une nouvelle imputation du délai d'attente.
16. Si le contrat prévoit un délai d'attente annuel, ce dernier ne s'applique qu'une fois par année civile et peut être cumulé sur plusieurs périodes d'incapacité de travail et ce, indépendamment de savoir s'il s'agit d'une rechute ou non. En cas d'incapacité de travail continue échelonnée sur plusieurs années, le délai d'attente annuel ne s'applique qu'une seule fois pour ladite incapacité.
17. Le délai d'attente est applicable également lors d'un changement du risque (maladie, accident) au cours d'une incapacité de travail.

Renonciation

18. L'assuré ne doit pas chercher à empêcher l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à celle-ci avant que le médecin-conseil n'ait attesté de sa totale guérison.

Modification du montant de l'indemnité journalière individuelle

19. En cas d'incapacité de travail, l'augmentation du montant de l'indemnité journalière n'est possible que dès le moment où l'assuré aura retrouvé sa pleine capacité pour une durée de trente jours au moins.
20. Le preneur d'assurance, respectivement l'assuré, peut diminuer le montant de l'indemnité journalière pour la fin d'un mois, moyennant un préavis d'un mois. La demande doit être adressée à l'assureur par lettre recommandée.

Art. 14 Accords bilatéraux et prestations à l'étranger

- a. Dans les Etats membres de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE)
1. Les personnes assurées qui séjournent ou sont domiciliées dans l'UE ou l'AELE ont droit aux indemnités journalières conformément à l'Accord sur la libre circulation des personnes.
 2. En cas d'incapacité de travail, l'assuré domicilié dans un Etat membre de l'UE et de l'AELE autre que la Suisse et le Liechtenstein (dénommé par la suite Suisse), doit s'annoncer à l'institution du lieu de résidence dans un délai de trois jours en présentant un certificat d'incapacité de travail (formulaire E116). L'institution du lieu de résidence remplira le formulaire E115 (demande de prestations en espèces pour incapacité de travail) et transmettra ce formulaire ainsi que le certificat d'incapacité de travail à l'assureur. Après avoir déterminé le droit aux prestations, l'assureur remplira le formulaire E117 (octroi de prestations en espèces) et l'enverra à l'institution du lieu de résidence. Lorsque l'assuré est apte à reprendre le travail, l'institution du lieu de résidence l'en avertit sans délai, ainsi que l'assureur, en indiquant la date à laquelle prend fin l'incapacité de travail.
 3. En dérogation à l'alinéa précédent, pour l'assuré domicilié dans une zone de 50 km de la frontière, les conditions d'octroi des prestations valables pour le résident en Suisse sont applicables par analogie.
 4. L'assuré qui réside en Suisse et qui séjourne dans un Etat membre de l'UE/AELE pour une courte durée (p. ex. vacances) n'est pas tenu de s'annoncer, dans les

trois jours, à l'institution du lieu de séjour. Il doit toutefois faire établir par le médecin traitant un certificat médical d'incapacité de travail qu'il remettra à son assureur. Par contre, en cas d'incapacité de travail de plus de sept jours, la procédure décrite au point 2 est applicable.

5. Pendant une incapacité de travail, l'assuré qui désire se rendre hors de Suisse doit dans tous les cas informer l'assureur qui se détermine sur le droit de poursuivre l'octroi des prestations en fonction des circonstances. A défaut, il n'a plus droit aux prestations d'assurance jusqu'à son retour.
- b. En dehors de l'UE ou de l'AELE (autre que la Suisse)
1. Les personnes qui travaillent à l'étranger pour un employeur suisse ou qui y séjournent dans un but de formation tout en étant rémunérées par leur employeur, ont droit aux indemnités journalières. Le contrat d'assurance et le droit aux prestations prennent fin après 24 mois.
 2. En cas de séjour à l'étranger, des prestations sont accordées uniquement pendant la période du séjour hospitalier qui est nécessaire pour des raisons médicales et uniquement aussi longtemps qu'un retour dans le pays de domicile est impossible.
 3. L'assuré en incapacité de travail qui désire effectuer un séjour à l'étranger doit en informer l'assureur. Ce dernier se réserve alors le droit de poursuivre l'octroi des indemnités journalières pendant un séjour limité, après analyse des circonstances. L'assuré en incapacité de travail qui quitte temporairement la Suisse sans l'accord de l'assureur n'a plus droit aux prestations d'assurance jusqu'à son retour.

Art. 15 Limitation de la couverture d'assurance

Les prestations peuvent être réduites, voire, dans les cas particulièrement graves, refusées:

- a. lors de service militaire, en cas de surindemnisation,
- b. lors de participation à des entreprises téméraires au sens de la LAA,
- c. lorsque l'engagement de la personne à assurer ne respecte pas les règles de la bonne foi (notamment pour éviter un examen du risque, pour retrouver un nouveau droit aux prestations),
- d. lorsque l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instruction requises par l'assureur, notamment de se faire examiner par l'expert médical désigné par l'assureur ou de suivre une mesure de réinsertion,
- e. Lors des cas de sinistres résultant de participations actives à des événements de guerre.

Art. 16 Réserve médicale

1. Les personnes qui, au moment où elles présentent leur demande d'adhésion, souffrent d'une maladie, d'un accident ou des suites d'un accident sont assurées sous réserve de ceux-ci.
2. Sont aussi l'objet d'une réserve les maladies, accidents ou suites d'un accident dont l'assuré a souffert antérieurement à l'adhésion, si selon l'expérience, des rechutes sont possibles.
3. Les réserves instituées sont caduques au plus tard après 5 ans.

D. Indemnité journalière en cas de maternité

Art. 17 Prestations

1. Les indemnités journalières assurées sont versées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois et pour autant que la grossesse ait duré au minimum 23 semaines ou que l'enfant soit viable.
2. En cas d'accouchement, l'assureur alloue à l'assurée pendant 16 semaines ininterrompues, dont au moins 8 après l'accouchement, l'indemnité journalière due sous déduction du délai d'attente choisi.
3. Les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail ne peuvent être cumulées aux prestations en cas de maternité.
4. Les indemnités journalières en cas de maternité sont versées subsidiairement aux éventuelles prestations fédérales voire d'une assurance maternité cantonale.

E. Perte de gain additionnelle

Art. 18 Etendue de la couverture

1. Si elle est souscrite, la couverture additionnelle a pour objectif de poursuivre la garantie du risque maladie malgré l'épuisement du droit aux prestations perte de gain d'un employé disposant toujours d'une capacité de travail. Elle est donc destinée à tout employé au bénéfice d'un contrat de travail et exerçant effectivement la profession adaptée.
2. La couverture additionnelle est exclusivement rattachée à l'assurance collective d'une indemnité journalière pratiquée par les assureurs du Groupe Mutuel.
3. L'assureur verse l'indemnité journalière selon la couverture convenue dans le contrat.
4. Le versement de l'indemnité journalière est calculé selon les mêmes critères que la couverture fixée dans la police (pourcentage du salaire, délai d'attente, risque couvert, notion d'assurance de dommage).
5. En dérogation à l'article 7, al. 2 du présent règlement, le délai d'attente prévu dans le contrat collectif n'est pas imputé sur la durée maximale de couverture.
6. Si à l'échéance de la période des 5 ans de la couverture additionnelle, l'employé n'a pas épuisé la durée des prestations de ladite couverture, il bénéficie à nouveau du droit à la couverture initiale prévue dans le contrat pour autant qu'il soit toujours sous contrat de travail avec la même entreprise.
7. Sauf accord particulier, la réapparition ou l'aggravation de la maladie ayant entraîné l'épuisement du droit n'est pas assurée.

Art. 19 Couverture d'assurance

1. L'employé a le droit de bénéficier de la couverture additionnelle:
 - a. s'il a épuisé une fois son droit à une assurance d'une indemnité journalière,
 - b. s'il dispose d'une capacité de travail exploitable au sein de l'entreprise et

- c. si une place de travail adaptée à ladite capacité lui a été proposée.
2. Dans tous les cas, l'employé ne peut avoir droit plus d'une fois à la couverture additionnelle.
 3. Si l'employé fait déjà partie du cercle des assurés de l'entreprise, la couverture additionnelle ainsi que le droit aux prestations prennent effet au plus tôt dès l'entrée en vigueur du contrat de travail adapté.
 4. La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour l'employé à l'épuisement du droit aux prestations convenu dans la couverture additionnelle.

Art. 20 Passage à l'assurance individuelle

La couverture est strictement rattachée au contrat collectif de l'entreprise dans le but de favoriser la réinsertion. L'employé qui cesse d'appartenir au cercle des assurés ne bénéficie pas du libre passage.

Art. 21 Prime

La prime collective fixée dans la police intègre à la fois le produit d'assurance collectif usuel, la perte de gain additionnelle et la couverture maternité.

Art. 22 Dispositions complémentaires

1. Ces dispositions font partie intégrante des conditions générales d'une assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BE).
2. Restent réservées les particularités formulées dans les contrats collectifs.
3. Afin de pouvoir bénéficier de la couverture additionnelle, l'employeur doit adresser à l'assureur dans les 30 jours qui suivent sa conclusion une copie du contrat de travail de l'employé concerné, adapté à sa capacité de travail.

F. Primes

Art. 23 Paiement des primes

1. Le preneur d'assurance est le débiteur des primes.
2. Le taux de prime est fixé contractuellement par année civile d'assurance. La prime est exigible à l'échéance du délai fixé dans le contrat. La prime provisoire peut être adaptée en tout temps à la situation réelle.
3. Les acomptes de primes exigibles au cours de l'année civile d'assurance sont considérés comme des montants échelonnés à payer en vertu des délais octroyés. Ils peuvent être adaptés en tout temps à l'évolution de la masse salariale en cours d'année. Les fractions impayées de la prime annuelle restent dues.
4. Lorsque la prime ou les acomptes ne sont pas payés dans les délais, l'assureur somme le débiteur de s'en acquitter, avec les frais, dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation et lui rappelle les conséquences de la demeure. Si la prime arriérée majorée des frais n'est pas acquittée dans le délai imparti, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations sont suspendus. Cette suspension n'a aucune influence sur l'obligation du

preneur d'assurance de verser le salaire à l'assuré. Après paiement intégral des primes arriérées majorées des frais, le preneur d'assurance recouvre son droit aux prestations avec effet rétroactif à partir du moment où la suspension a pris effet. Dans ce cas, la prime est due pour toute la durée de la suspension.

5. Si le preneur d'assurance est en retard dans le paiement de deux primes au moins, l'assureur est en droit de résilier le contrat pour la fin d'un mois, moyennant un préavis d'un mois. La résiliation doit être envoyée en courrier recommandé.
6. Dans le cadre de l'assurance en qualité de membre individuel, si l'affiliation débute ou prend fin au cours d'un mois civil, les primes sont dues pour le mois civil entier.

Art. 24 Adaptation du taux de prime

1. L'assureur est en droit d'adapter annuellement le taux des primes à l'évolution des sinistres. Les adaptations s'effectuent pour le 1^{er} janvier de chaque année civile.
2. Est réservée l'adaptation immédiate du taux de prime lors de l'entrée en vigueur de nouvelles circonstances (fusion, scission, absorption etc.) ainsi qu'à la modification déterminante de la composition du cercle des personnes assurées.
3. Si le tarif des primes est modifié pendant la durée contractuelle, l'assureur peut exiger l'adaptation du contrat avec effet au début de la prochaine année.
4. L'assureur informe le preneur d'assurance du nouveau taux au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année en cours. Si le preneur d'assurance s'oppose à la modification du contrat, il peut en demander la résiliation au terme de l'année.
5. Les modifications sont considérées comme acceptées si l'assureur n'a reçu aucun avis de résiliation par recommandé avant la fin de l'année civile.
6. Si, postérieurement à la fixation du taux de prime, des cas d'incapacité sous forme d'annonces tardives devaient apparaître, l'assureur est en droit de corriger rétroactivement le taux de prime conformément à la situation effective de la sinistralité. Les corrections rétroactives sont considérées comme acceptées si l'assureur n'a reçu aucun avis de résiliation par recommandé dans les 30 jours à compter de la communication du taux de prime corrigé. La résiliation du contrat entre en vigueur au plus tôt à la fin du mois durant lequel l'assureur a reçu l'avis.

Art. 25 Décompte de prime

1. Le décompte définitif de la prime est établi à la fin de l'exercice qui correspond à l'année civile, sur la base des documents fournis par le preneur d'assurance conformément à l'article 27 du présent règlement.
2. Dans le cadre de l'assurance en qualité de membre individuel, il n'y a pas de libération des primes.

Art. 26 Participation aux excédents

1. Le preneur d'assurance reçoit la part convenue de l'éventuel excédent selon les dispositions prévues dans le contrat, après la période de décompte fixée à trois ans au minimum avec échéance au 31 décembre.

2. Le décompte est effectué 5 mois au plus tôt après la fin de la période de décompte, mais seulement après liquidation et indemnisation de tous les sinistres survenus durant cette période.
3. Lorsque les sinistres afférents à une période de décompte clôturé sont annoncés ou indemnisés après l'établissement du décompte, un nouveau décompte de participation est établi. L'assureur demande la restitution des excédents versés en trop.
4. Une éventuelle participation aux excédents est versée pour autant que le contrat collectif soit en vigueur jusqu'à la fin de la période de décompte.
5. Tous les cas de sinistre survenus durant la couverture d'assurance collective sont imputés à charge du contrat collectif.

G. Dispositions diverses

Art. 27 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance est tenu d'informer les assurés sur leurs droits et obligations qui découlent de l'assurance, en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture d'assurance lorsqu'ils cessent d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque le contrat prend fin.
2. Le preneur d'assurance doit garantir le respect de la protection des données de ses employés, notamment en ce qui concerne le fait de remplir un questionnaire médical en toute indépendance.
3. Le preneur d'assurance doit informer immédiatement l'assureur lorsqu'un assuré en incapacité de travail sort du contrat collectif.
4. Lors de chaque facturation définitive, le preneur d'assurance doit remettre à l'assureur les décomptes AVS des personnes assurées ou par défaut une liste nominative avec date de naissance ou n° AVS, sexe et salaire par assuré et période d'activité.
Si les informations nécessaires ne sont pas fournies dans les 30 jours dès la demande de l'assureur, ce dernier somme le preneur d'assurance de s'exécuter dans les 14 jours dès l'envoi de la sommation.
Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent. L'article 23 du présent règlement est applicable par analogie pour le paiement de la prime complémentaire.
5. Le preneur d'assurance est tenu d'autoriser l'assureur, respectivement des tiers mandatés, à consulter au besoin les livres et les pièces comptables de l'entreprise ou les documents remis à la caisse de compensation AVS, à défaut de quoi l'assureur se réserve le droit de suspendre ses obligations.
6. Le preneur d'assurance s'engage à annoncer les cas de sinistre et à fournir à l'assureur de son propre chef ou sur demande tout document de nature à établir la perte de salaire ou de gain (certificats médicaux, déclarations de l'employeur, comptes et déclarations AVS ou fiscales, attestations de naissance, etc.). L'assureur se réserve le droit de vérifier la vraisemblance du salaire déclaré.

Art. 28 Obligations de l'assuré

1. Toute modification du taux d'incapacité de travail doit immédiatement être portée à la connaissance de l'assureur.
2. L'assuré doit collaborer avec les visiteurs des malades et les médecins mandatés par l'assureur.
3. Si l'assuré ne se présente pas le jour d'une convocation médicale sans motif valable, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser des prestations, voire de demander le remboursement des prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les honoraires relatifs à la consultation manquée.
4. L'assuré doit, dès le début de l'incapacité de travail, consulter un médecin possédant une autorisation de pratiquer et suivre ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger son incapacité.

Art. 29 Prestations de tiers

1. En vue d'analyser la pertinence du dépôt d'une demande à l'assurance invalidité, l'assureur est habilité à annoncer la situation d'un assuré dans le cadre d'une détection précoce. Dans tous les cas, l'assuré est informé au préalable d'une telle démarche.
2. En vertu de l'obligation de diminuer le dommage, l'assureur peut inciter l'assuré à faire une demande à l'assurance invalidité.
3. Dès le moment où l'assureur incite l'assuré à faire une demande auprès de l'institution sociale compétente pour la prise en charge des prestations, ou à suivre des mesures de réinsertion, il subordonne le versement de ses prestations à l'annonce effective du cas. En cas de refus, l'assureur se réserve également le droit de réclamer les prestations avancées depuis la notification de ladite demande.
4. Si un tiers réduit ses prestations pour cause de sanction, l'assureur ne compense pas la diminution qui en résulte.
5. L'assureur avance les prestations perte de gain aussi longtemps que l'assurance invalidité (LAI), une assurance accident (LAA), l'assurance militaire (LAM), une prévoyance professionnelle (LPP) voire un assureur étranger ou privé n'établissent pas un droit à une rente. Dès l'octroi de la rente par l'une ou plusieurs des institutions précitées, l'assureur est en droit de demander directement auprès de ces dernières le remboursement des avances concédées.

Art. 30 Surindemnisation / surassurance

1. Les prestations de l'assureur ne doivent pas entraîner de surindemnisation de l'assuré.
2. Lorsque l'indemnité journalière est réduite conformément à l'article 69 al. 2 LPGA afin d'éviter la surindemnisation, le preneur d'assurance doit acquitter la prime correspondant à l'indemnité pleine, tant que le droit aux prestations existe.
3. La surassurance, à savoir le fait d'assurer un montant supérieur au revenu provenant de l'activité lucrative ou de l'assurance-chômage, n'est pas autorisée. En cas de surassurance, l'indemnité journalière couverte sera diminuée jusqu'à concurrence du revenu provenant de

l'activité lucrative ou de l'assurance-chômage au début du mois au cours duquel la surassurance a été constatée. Les primes antérieures à la constatation de la surassurance restent acquises à l'assureur.

4. Lorsque le salaire déclaré pour l'indemnisation de l'incapacité de travail est supérieur au gain assuré ou à la perte de salaire effectivement subie, l'assureur se réserve le droit de réclamer le remboursement des indemnités journalières versées en trop.

Art. 31 Compensation

1. Dans les limites des articles 20 al. 2 et 22 al. 2 LPGA, l'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre le preneur d'assurance, respectivement l'assuré sur sa part de participation à la prime.
2. Le preneur d'assurance n'a aucun droit de compenser à l'encontre de l'assureur.

Art. 32 Cession et mise en gage des prestations

Le preneur d'assurance ne peut ni céder, ni mettre en gage sa créance envers l'assureur.

Art. 33 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées à l'administration générale de l'assureur ou à l'une de ses agences officielles dont les adresses figurent sur une liste mise à disposition par l'assureur.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.

Art. 34 Entrée en vigueur et modification des conditions générales

Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011. L'assureur se réserve le droit d'y apporter les modifications nécessaires en tout temps.

