



EDITION 2018

Conditions spéciales pour l'assurance d'indemnités journalières MONETA selon la LAMal (CS MONETA)

Valables à compter du 1. 1. 2018

Pour ces CS MONETA, les Conditions générales d'assurance régissant l'assurance des soins et l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal (CGA) sont applicables dans leur intégralité. En cas de contradictions, les CS priment sur les CGA.

I Champ d'application

Art. 1 But

1. L'assureur pratique l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal. L'assureur garantit une couverture d'assurance protégeant des conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité dans les limites des prestations convenues.
2. Les prestations assurées sont mentionnées dans la police d'assurance.

Art. 2 Conditions d'admission et réserve

1. Toute personne physique, domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas encore atteint 65 ans révolus, peut conclure une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal auprès de l'assureur.
2. L'indemnité journalière minimale est de CHF 2.– par jour et l'indemnité maximale de CHF 40.– par jour.
3. Un questionnaire sur l'état de santé doit être rempli pour l'assurance d'indemnités journalières. L'assureur peut de ce fait exiger du candidat qu'il produise un certificat médical concernant son état de santé. Au cas où le candidat ne présenterait pas le certificat médical dans les deux mois, la proposition d'assurance est considérée comme nulle et non avenue.
4. L'assureur peut exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les atteintes à la santé, ainsi que la grossesse ou la maternité existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies et les accidents antérieurs qui sont sujets à des rechutes. La réserve d'assurance est valable durant cinq ans au maximum.
5. En cas d'augmentation d'assurance, les conditions d'admission (limite d'âge, réserve d'assurance) sont applicables par analogie.
6. Si, au moment de l'admission, la personne assurée cache des maladies, des accidents ou une grossesse, ceux-ci peuvent être exclus ultérieurement par l'assureur au moyen d'une réserve avec effet rétroactif, la restitution des prestations déjà versées peut être demandée et celles en suspens peuvent être refusées.

Art. 3 Libre passage

1. L'assureur accorde le libre passage dans le cadre des dispositions légales.
2. La personne assurée doit faire valoir son droit de libre passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication de l'ancienne compagnie d'assurance.
3. Les indemnités journalières touchées auprès de l'ancienne compagnie d'assurance sont imputées sur la durée du droit aux prestations.

Art. 4 Réduction / Fin de l'assurance

1. La personne assurée peut demander en tout temps une réduction de l'assurance par écrit pour la fin de chaque mois.
2. Hormis les causes mentionnées à l'art. 15 des CGA, l'assurance prend fin:
 - a. moyennant une communication écrite respectant un délai de résiliation de trois mois pour la fin d'une année civile;
 - b. à l'épuisement du droit aux prestations, de l'obligation d'allouer des prestations / du droit aux indemnités journalières;
 - c. si la personne assurée transfère son domicile légal ou cesse d'exercer l'activité lucrative en Suisse dans le domaine d'activité de SWICA;
 - d. pour la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée a droit à la rente de vieillesse de l'AVS;

- e. à l'exclusion de l'assurance;
 - f. au passage dans l'assurance d'indemnités journalières obligatoire de l'employeur, moyennant une communication écrite respectant un délai de résiliation d'un mois;
 - g. à la suppression du revenu assuré, moyennant une communication écrite respectant un délai de résiliation d'un mois.
3. Il peut y avoir exclusion de l'assurance d'indemnités journalières en cas de comportement abusif ou inexcusable de la personne assurée et si le maintien de l'assurance d'indemnités journalières ne peut être raisonnablement exigé de la part de l'assureur. La personne assurée doit être informée préalablement de cette sanction. Un comportement est réputé abusif dans les cas suivants:
 - a. proposition d'assurance non conforme à la vérité;
 - b. non-respect des prescriptions médicales;
 - c. retard de paiement des primes après sommation de payer infructueuse.

Art. 5 Validité territoriale

1. L'assurance est limitée à la Suisse.
2. Les personnes assurées qui tombent malade à l'étranger ont droit aux prestations pendant dix jours. En cas de séjours hospitaliers, le délai est prolongé de la durée de ceux-ci, dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires.
3. Lorsqu'un assuré en incapacité de travail se rend à l'étranger sans le consentement de SWICA, il ne sera pas au bénéfice des prestations pendant la durée de son séjour à l'étranger.

II Prestations

Art. 6 Droit aux indemnités journalières

1. Lorsque la personne assurée présente une incapacité de travail et que celle-ci est attestée médicalement, SWICA verse, en cas d'incapacité totale de travail, l'indemnité journalière assurée jusqu'à concurrence de la perte de gain établie.
2. En cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 50 %, une indemnité journalière correspondant au degré d'incapacité de travail est versée.
3. Pour les personnes assurées sans activité lucrative et ne percevant pas d'indemnité de chômage, la preuve d'une perte de gain et de salaire jusqu'à concurrence du montant assuré de CHF 40.– par jour n'est pas une condition pour l'obligation de SWICA de verser des prestations.
4. Lorsque la personne assurée est au chômage au sens de l'art. 10 LACI (Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité), SWICA accorde les prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité de chômage perdue:
 - a. dans le cas d'une incapacité de travail inférieure à 25 %, la personne assurée n'a pas droit aux prestations;
 - b. la moitié de l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail de plus de 25 % jusqu'à 50 % maximum;
 - c. la pleine indemnité journalière en cas d'incapacité de travail de plus de 50 %.
5. Dans le cas d'une incapacité de travail de longue durée, l'activité exigible prise en compte pour la fixation de l'incapacité de travail et du droit aux indemnités journalières peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.
6. Lorsqu'une incapacité de travail n'est que partiellement imputable à des maladies ou à des accidents assurés, les prestations sont réduites dans une proportion déterminée par expertise médicale.

7. Les prestations peuvent être réduites ou bien refusées dans les cas particulièrement graves:
 - a. lorsque la personne assurée a provoqué ou aggravé intentionnellement les maladies ou les accidents en commettant un crime ou un délit;
 - b. lorsque la personne assurée se soustrait à un traitement ou à un examen acceptable ou le refuse ou ne contribue pas, de sa propre initiative à faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle;
 - c. en cas de violation des dispositions légales, des CGA ou des Conditions spéciales;
 - d. en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance. Dans ce cas, la personne assurée est tenue de prendre à sa charge les frais encourus à l'assureur lors de l'enquête.
8. Au reste, les dispositions légales sont applicables.

Art. 7 Début des prestations et délai d'attente

1. En cas d'incapacité de travail perdurant au-delà de l'échéance du délai d'attente convenu, l'indemnité journalière fixée jusqu'à concurrence de la perte de gain établie est versée par SWICA à la personne assurée à compter de ladite échéance.
2. En dérogation à l'art. 17 al. 2 «Prestations assurées» des CGA, le droit aux prestations naît le premier jour d'incapacité de travail certifiée, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente.
3. Le délai d'attente est imputé une fois par année civile. Il prend naissance le premier jour de l'incapacité de travail d'au moins 50 % médicalement attestée.
4. Si l'incapacité de travail due à la même maladie persiste durant la nouvelle année civile, il ne sera pas observé de nouveau délai d'attente pour l'incapacité de travail résultant de cette maladie.

Art. 8 Durée des prestations et fin des prestations

1. Pour une ou plusieurs maladies, l'indemnité journalière est versée pendant 720 jours au plus dans une période de 900 jours consécutifs avec imputation d'un éventuel délai d'attente convenu.
2. Le délai d'attente convenu est imputé à la durée des prestations lorsqu'un employeur est tenu de continuer à verser le salaire durant cette période.
3. En complément des causes d'extinction mentionnées à l'art. 4 ch. 2, le droit aux prestations s'éteint avec le recouvrement d'une capacité de travail de plus de 50 %.
4. La personne assurée ne doit pas chercher à reporter la fin des prestations en renonçant à l'indemnité journalière avant la fin de l'incapacité de travail attestée.

Art. 9 Calcul de la perte de gain

1. L'indemnité journalière convenue est réputée être une assurance de dommage. Elle est réduite dans la mesure où elle ne correspond pas à la perte de gain vérifiable. Une perte de gain supérieure à l'indemnité journalière convenue n'est pas assurée.
2. La perte de gain vérifiable se fonde sur le dernier salaire brut AVS perçu, majoré des allocations familiales touchées au titre d'allocations pour enfants, de formation ou de ménage, cela dans les limites des usages locaux ou professionnels. Ce salaire est converti en un gain annuel, puis divisé par 365.

3. Si la perte de gain vérifiable est soumise à de fortes fluctuations (par exemple, salariés à l'heure, employés temporaires, personnes rémunérées à la commission, auxiliaires occupés irrégulièrement), l'indemnité journalière est calculée comme suit: le salaire AVS perçu au cours des douze derniers mois précédant l'incapacité de travail (auquel s'ajoutent les allocations familiales touchées au titre d'allocations pour enfants, de formation ou de ménage, cela dans les limites des usages locaux ou professionnels) est converti en un salaire annuel, puis divisé par 365.

Art. 10 Maternité

1. En cas de grossesse et d'accouchement, SWICA verse les mêmes prestations qu'en cas de maladie si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours et sans une interruption de plus de trois mois.
2. L'assurée a droit à 16 semaines de prestations d'indemnités journalières, dont au moins huit semaines doivent se situer dans la période qui suit l'accouchement. Un éventuel délai d'attente convenu est imputé.
3. Les prestations de maternité ne sont pas imputées sur la durée des prestations selon l'art. 7 «Début des prestations et délai d'attente».

Art. 11 Impôt à la source

L'impôt est déduit des prestations pour les personnes assurées assujetties à l'impôt à la source.

III Divers

Art. 12 Délai d'annonce d'une maladie

1. Le droit aux indemnités journalières est à invoquer au plus tard dans les cinq jours après l'écoulement du délai d'attente. Lorsqu'un délai d'attente de plus de 30 jours est convenu, l'avis doit être donné au plus tard après une incapacité de travail de 30 jours. Un certificat médical doit être joint à l'avis. Les coûts y relatifs vont à la charge de la personne assurée.
2. Lorsque l'avis de maladie est envoyé tardivement, le jour de sa réception compte comme premier jour d'incapacité de travail. Le délai d'attente est calculé à partir de ce jour.

Art. 13 Obligations de la personne assurée

La personne assurée entreprend toutes les démarches qui peuvent servir à éclaircir le cas de maladie et ses suites. Au sens de l'obligation de diminuer le dommage, la personne assurée renonce à tout ce qui est inconciliable avec son incapacité de travail et avec l'indemnité journalière perçue et à tout ce qui ralentit le processus de guérison. Les médecins qui traitent ou ont traité la personne assurée doivent être déliés du secret professionnel envers l'assureur.

Art. 14 Recours à un médecin autorisé

1. En cas de maladie, la personne assurée consulte un médecin autorisé et veille à recevoir un traitement adéquat. Elle respecte les prescriptions du médecin et du personnel soignant.
2. L'assureur peut demander un examen par un médecin qu'il désigne. Dans ce cas, l'assureur prend en charge les frais de déplacement avec les transports publics plus avantageux, ainsi que d'autres frais éventuels selon les directives de la Suva.

Remarque

Les présentes Conditions spéciales (CS) sont valables pour les assureurs suivants:

PROVITA Gesundheitsversicherung AG, Römerstrasse 38, 8400 Winterthour

SWICA Organisation de santé

Votre santé d'abord

Téléphone 0800 80 90 80 (7x24 h), swica.ch

