



Assurance individuelle d'indemnités journalières agricoles

Conditions générales d'assurance (CGA)
Information à la clientèle selon la LCA

Information à la clientèle

La présente information à la clientèle donne un aperçu sur l'identité de l'assureur et les principaux éléments du contrat d'assurance selon l'art. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les droits et obligations des parties contractantes découlent de la proposition d'assurance resp. de la police d'assurance et des Conditions générales d'assurance ainsi que des lois applicables, en particulier de la LCA.

Qui est l'assureur?

L'assureur est CONCORDIA Assurances SA, ci-après dénommée CONCORDIA, dont le siège statutaire est à la Bundesplatz 15, 6002 Lucerne. CONCORDIA est une société anonyme de droit suisse.

Quels sont les risques assurés et quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

L'assurance couvre les conséquences financières inhérentes aux risques suivants:

- maladie (y compris la maternité) et/ou
- accident

Les risques concrètement assurés ainsi que l'étendue de la couverture d'assurance résultent de la proposition d'assurance resp. de la police d'assurance ainsi que des Conditions générales d'assurance.

Aucune couverture d'assurance n'existe entre autres pour les incapacités de travail en relation avec:

- la consommation de drogues et de substances stupéfiantes ou toxicomanogènes, l'abus d'alcool et de médicaments;
 - les suicides ou tentatives de suicide ou les automutilations;
- ainsi que pour les incapacités de travail consécutives à:
- des thérapies cellulaires, cures d'amaigrissement ainsi que thérapies de remise en forme;
 - des traitements esthétiques et changements de sexe (ainsi que leurs complications et séquelles).

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- lorsque le preneur d'assurance resp. l'assuré ne satisfait pas à ses obligations et devoirs vis-à-vis de l'assureur, à moins qu'il ne prouve que cette transgression a eu lieu sans faute de sa part;
- lorsque l'incapacité de travail est provoquée par une négligence grave du preneur d'assurance resp. de l'assuré;
- en cas d'accidents consécutifs à une entreprise téméraire.

Si la personne assurée est surindemnisée, les prestations assurées de l'assurance individuelle d'indemnités journalières agricoles seront réduites dans la mesure où il en résulte un profit pour la personne assurée. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations d'indemnités journalières excèdent la perte de gain présumée subie par l'assuré au regard de l'activité exercée dans l'exploitation agricole, la valeur des tâches qu'il ne peut accomplir notamment dans le cadre de la tenue du ménage, ou, pour les chômeurs, le montant de leur indemnité de chômage. En cas de maternité, les prestations seront réduites du montant correspondant aux prestations de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG), dans la mesure où la personne assurée y a droit.

D'autres exclusions et réductions résultent des Conditions générales d'assurance.

À combien s'élève la prime?

Le montant de la prime peut être échelonné par région et par âge d'entrée. L'âge d'entrée correspond à l'âge au moment de la conclusion du contrat, la personne assurée restant attribuée en permanence au groupe d'âge d'entrée correspondant. Toutes les données relatives à la prime sont indiquées dans la proposition d'assurance resp. dans la police d'assurance.

Quand la prime doit-elle être payée?

La prime annuelle doit être payée d'avance au 1^{er} janvier de chaque année ou – en cas de paiement par acomptes – au 1^{er} de chaque mois.

Quelles sont les autres obligations de la personne assurée?

- **Obligation de réduire le dommage:** en cas d'incapacité de travail inhérente à une maladie ou un accident, la personne assurée doit se soumettre aussi rapidement que possible à un traitement médical adéquat. Elle est tenue de se conformer aux prescriptions du médecin. Si elle présente une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité

habituelle, elle est dans l'obligation d'exploiter une éventuelle capacité de travail restante.

- **Obligation de déclarer:** l'évènement assuré doit être immédiatement annoncé à CONCORDIA.
- **Obligation de collaborer:** la personne assurée doit fournir à CONCORDIA des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne le cas d'assurance (maladie, accident, maternité) ainsi que sur les maladies et accidents antérieurs, et délie le professionnel de la santé (médecin, etc.) qui la traite ou l'a traitée du secret professionnel à l'égard de CONCORDIA. Elle est tenue de s'annoncer auprès des assurances sociales entrant en ligne de compte, en particulier auprès de l'office AI, en vue de l'octroi de prestations, si un médecin ou l'assureur le lui ordonne. Elle est tenue de se soumettre, sur ordre de l'assureur, à des examens médicaux supplémentaires.

D'autres obligations résultent des Conditions générales d'assurance ainsi que de la LCA.

Quand débute l'assurance?

La protection d'assurance produit ses effets aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la proposition d'assurance, au plus tôt cependant le jour du début proposé de l'assurance, resp. le jour indiqué dans la police.

Quelle est la durée du contrat?

L'assurance est conclue pour la durée fixée dans le contrat, pour la fin d'une période d'assurance (année civile) et se renouvelle tacitement d'année en année à l'échéance de la durée du contrat.

Quand prend fin le contrat?

L'assurance prend fin:

- par le décès de la personne assurée;
- par la résiliation;
- par le retrait du preneur d'assurance ou de l'assureur;
- à la perception d'une rente de l'AVS, dans la mesure où la personne assurée n'a pas demandé le maintien de sa couverture d'assurance, tout au plus jusqu'à 70 ans révolus;
- en cas de faillite du preneur d'assurance, à l'ouverture de la faillite;
- lorsque la durée maximale des prestations est atteinte;
- par la cessation de l'activité lucrative resp. de la tenue du ménage dans l'entreprise agricole;
- par le transfert du domicile de droit civil à l'étranger;
- par le transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, dans la mesure où aucun accord écrit contraire n'a été convenu expressément.

Moyennant un préavis de trois mois, l'assurance peut être résiliée par écrit au plus tôt pour la fin de la durée du contrat et ensuite pour la fin de chaque période d'assurance. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du préavis de trois mois.

De plus, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance par écrit en cas de modifications des tarifs de primes pour la fin de la période d'assurance en cours. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours.

De plus, CONCORDIA est en droit de résilier le contrat:

- si un fait important a été omis ou inexactement déclaré (violation de l'obligation de déclarer/réticence).

CONCORDIA peut se départir du contrat:

- si le preneur d'assurance n'a pas payé la prime en souffrance après en avoir été sommé et que CONCORDIA renonce à recouvrer la prime arriérée;
- en cas d'escroquerie à l'assurance.

D'autres éventualités entraînant la fin du contrat résultent des Conditions générales d'assurance ainsi que de la LCA.

Comment CONCORDIA traite-t-elle les données?

CONCORDIA traite des données provenant des documents contractuels ou issues de l'exécution du contrat, et les utilise en particulier pour la détermination de la prime, pour l'appréciation du risque, pour le traitement de cas d'assurance, pour les évaluations statistiques ainsi qu'à des fins de marketing. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. Dans la mesure nécessaire, CONCORDIA peut transmettre ces données pour traitement aux tiers participant à l'exécution du contrat. CONCORDIA est en outre autorisée à requérir tout renseignement pertinent auprès d'autorités et de tiers, en particulier en ce qui concerne l'évolution du cas d'assurance. Cette autorisation s'applique indépendamment de la conclusion du contrat. La personne assurée a le droit de demander à CONCORDIA les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données qui la concernent.



Assurance individuelle d'indemnités journalières agricoles

Conditions générales d'assurance (CGA)

I.	Généralités	Art.	VIII.	Obligations et justification des prétentions	
	Bases	1		Obligations et devoirs	35
	Assureur	2		Justification des prétentions	36
II.	Étendue de l'assurance		IX.	Restrictions de la protection d'assurance	
	Objet de l'assurance	3		Exclusions	37
	Personnes assurées	4		Réduction et refus de prestations	38
	Admission dans l'assurance	5		Pluralité d'assurances	39
	Modification de l'assurance	6		Versement des prestations, surindemnisation et demande de restitution	40
III.	Possibilités d'assurance			Avance de prestations et recours	41
	Variantes	7	X.	Divers	
	Délais d'attente	8		Compensation, cession et mise en gage	42
	Prestations assurées	9		Exécution	43
IV.	Définitions			Communications	44
	Forme masculine et féminine	10		For	45
	Assurance de dommage	11	I.	Généralités	
	Incapacité de travail	12		1 Bases	
	Maladie	13		1.1 Les bases du contrat sont constituées par:	
	Accident	14		1.1.1 les Conditions générales d'assurance (CGA), les éventuelles Conditions complémentaires d'assurance (CCA) ainsi que les dispositions de la police et des avenants éventuels;	
	Période d'assurance	15		1.1.2 les déclarations écrites que le preneur d'assurance (proposant) et les assurés (personnes à assurer) font dans la proposition, dans le rapport du médecin consultant et dans d'autres documents.	
V.	Début et fin de l'assurance			1.2 Les dispositions divergentes des Conditions complémentaires d'assurance ont la priorité sur ces CGA.	
	Début de la protection d'assurance	16		1.3 Dans la mesure où un état de fait n'est pas réglé expressément dans ces documents, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 est déterminante.	
	Durée du contrat	17			
	Police de remplacement	18			
	Fin de l'assurance	19			
	Résiliation	20			
	Renoncement au droit légal de se départir du contrat	21			
	Extinction du droit aux prestations	22			
VI.	Prestations assurées				
	Droit aux prestations	23			
	Délai d'attente	24			
	Durée des prestations	25			
	Résidents de courte durée et travailleurs saisonniers	26			
	Prestations à l'étranger	27			
	Chômage	28			
	Maternité	29			
	Prestations à l'âge AVS	30			
VII.	Primes				
	Tarif de primes	31			
	Échéance, paiement des primes	32			
	Sommatation, retard dans le paiement	33			
	Adaptation du tarif de primes	34			

2 **Assureur**

L'assureur, au sens des dispositions suivantes, est CONCORDIA Assurances SA, ci-après nommée CONCORDIA, Lucerne.

II. Étendue de l'assurance

3 **Objet de l'assurance**

3.1 Dans le cadre des dispositions ci-après et dans les limites des prestations fixées dans la police, ainsi que dans les éventuelles Conditions complémentaires d'assurance (CCA), l'assureur garantit une protection d'assurance pour les conséquences économiques engendrées par une incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident.

3.2 L'assurance est une assurance de dommage.

4 **Personnes assurées**

L'assurance peut être conclue par les personnes exerçant une activité lucrative et celles tenant leur propre ménage au sein d'une exploitation agricole implantée en Suisse.

5 **Admission dans l'assurance**

5.1 L'admission dans l'assurance a lieu avec un examen de l'état de santé.

5.2 En vue de l'admission dans l'assurance ou d'une modification d'assurance, il y a lieu de remplir sincèrement et complètement le formulaire de proposition prévu à cet effet et de l'envoyer à l'assureur. Il en va de même pour les indications complémentaires demandées le cas échéant. L'assureur peut subordonner sa décision au résultat d'un examen médical.

5.3 Si, lors de la conclusion de l'assurance, le proposant ou l'assuré a omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, notamment des maladies ou suites d'accident existant au moment de la proposition d'assurance ou ayant existé antérieurement, l'assureur est alors en droit de résilier le contrat, par écrit, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la violation de l'obligation de déclarer. La résiliation prend effet à la réception de la notification par le preneur d'assurance.

5.4 L'assureur est en droit de mettre des maladies ou suites d'accident sous réserve ou de refuser l'assurance intégralement.

6 **Modification de l'assurance**

6.1 Une augmentation de l'indemnité journalière assurée peut être demandée pour le premier du mois suivant. L'art. 5 est également applicable, par analogie, aux augmentations d'assurance.

6.2 En respectant un délai de trois mois jusqu'à l'expiration de la période d'assurance, l'assuré peut demander, par écrit, une diminution de l'assurance pour le début de la période d'assurance suivante.

6.3 Pour autant que les conditions selon l'art. 5 soient remplies, il est possible de convertir les sommes d'indemnité journalière et les délais d'attente de l'assurance d'indemnités journalière existante en maintenant l'ancien groupe d'âge, dans la mesure où la prime due ne s'en trouve pas augmentée.

6.4 Les assurés qui sont au chômage peuvent convertir leur assurance d'indemnités journalières existante avec le montant actuel, dans les 30 jours suivant l'annonce auprès de l'assurance-chômage au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage et l'indemnité et cas d'insolvabilité (LACI), en une assurance avec délai d'attente de 30 jours, indépendamment de leur état de santé.

III. Possibilités d'assurance

7 **Variantes**

7.1 Les variantes d'assurance suivantes peuvent être choisies:

- indemnités journalières en cas de maladie;
- indemnités journalières en cas d'accident;
- indemnités journalières en cas de maladie et d'accident.

7.2 Dans le cas d'indemnités journalières en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, les prestations assurées sont également versées en cas de maternité.

8 **Délais d'attente**

Les assurances d'indemnités journalières peuvent être conclues avec des délais d'attente de différentes durées. Les tarifs de primes correspondants sont déterminants.

9 **Prestations assurées**

L'assureur convient avec le preneur d'assurance des prestations maximales assurées.

IV. Définitions

10 **Forme masculine et féminine**

La forme masculine choisie dans les présentes CGA et les autres dispositions est également valable pour les personnes de sexe féminin.

11 **Assurance de dommage**

L'assurance de dommage couvre, selon la variante d'assurance choisie, le dommage subi par suite de maladie ou d'accident, dans la mesure où celui-ci est imputable à l'activité exercée par la personne

assurée dans l'exploitation agricole en Suisse ou à la tenue du ménage. La poursuite du paiement du salaire par l'employeur ainsi que les prestations d'autres assurances privées et sociales ou d'autres débiteurs sont imputées. Le versement de la prestation assurée dépend de la question de savoir, si et dans quelle mesure la personne assurée a subi un dommage par suite de maladie ou d'accident. Les art. 39 et 40 s'appliquent.

12 Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail si, en raison d'une maladie assurée ou d'un accident assuré, l'assuré est totalement ou partiellement incapable d'exercer son métier actuel ou une autre activité lucrative que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui. Une autre activité lucrative peut être considérée comme raisonnable lorsqu'elle est adaptée aux connaissances, aux capacités et à l'ancienne situation personnelle de la personne assurée.

13 Maladie

Par maladie, on entend tout trouble de la santé physique ou mentale, indépendant de la volonté de l'assuré et médicalement décelable, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas dû à un accident, à une lésion corporelle assimilée à un accident ou à une maladie professionnelle, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

14 Accident

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire ainsi que les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

15 Période d'assurance

L'année civile est réputée période d'assurance.

V. Début et fin de l'assurance

16 Début de la protection d'assurance

L'assurance peut être conclue pour le premier jour de chaque mois. La protection d'assurance produit ses effets aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la proposition d'assurance, au plus tôt cependant le jour du début proposé de l'assurance resp. le jour indiqué dans la police.

17 Durée du contrat

L'assurance est conclue pour la durée fixée dans le contrat, pour la fin d'une période d'assurance (année civile) et se renouvelle tacitement d'année en année à l'échéance de la durée du contrat.

18 Police de remplacement

Lorsqu'une police est remplacée, les prestations touchées antérieurement et limitées contractuellement soit dans le temps soit par un montant maximum sont imputées sur le droit aux prestations futures.

19 Fin de l'assurance

19.1 L'assurance prend fin:

19.1.1 par le décès de l'assuré;

19.1.2 par la résiliation;

19.1.3 par le retrait du preneur d'assurance ou de l'assureur (art. 33.2);

19.1.4 à la perception d'une rente de l'AVS. L'art. 30 demeure réservé;

19.1.5 en cas de faillite du preneur d'assurance, à l'ouverture de la faillite;

19.1.6 lorsque la durée maximale des prestations est atteinte;

19.1.7 par la cessation de l'activité lucrative resp. de la tenue du ménage dans l'exploitation agricole (art. 4);

19.1.8 par le transfert du domicile de droit civil à l'étranger;

19.1.9 par le transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, dans la mesure où aucun accord écrit contraire n'a été convenu expressément.

19.2 Le preneur d'assurance resp. l'assuré est tenu d'informer immédiatement par écrit l'assureur lorsqu'un des événements cités aux art. 19.1.7 à 19.1.9 survient. Si cette communication n'est pas faite, l'assureur n'est plus lié par le contrat.

20 Résiliation

20.1 Moyennant un préavis de trois mois, l'assurance peut être résiliée au plus tôt pour la fin de la durée du contrat et ensuite pour la fin de chaque période d'assurance (art. 15).

20.2 De plus, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance en cas de modifications des tarifs de primes selon les dispositions de l'art. 34.

20.3 La résiliation doit être déclarée par écrit. Elle est donnée dans les délais impartis lorsque l'assureur resp. le preneur d'assurance la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du délai de résiliation.

21 Renoncement au droit légal de se départir du contrat

L'assureur renonce expressément à user du droit que lui confère la loi de résilier le contrat après la survenance d'un événement assuré, à moins que le preneur d'assurance resp. l'assuré n'ait commis une réticence ou qu'il n'ait fait ou tenté de faire un usage abusif de l'assurance.

22 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations (y compris les prestations pour des incapacités de travail existantes) s'éteint à la fin de l'assurance. La demande de restitution en cas de violation de l'obligation de déclarer demeure réservée.

VI. Prestations assurées

23 Droit aux prestations

- 23.1 Le droit aux prestations prend naissance lorsque la personne assurée est totalement ou partiellement en incapacité de travail, conformément à la constatation faite par un médecin ou chiropraticien, et que l'incapacité de travail a existé pendant une durée supérieure au délai d'attente fixé dans le contrat. Le droit aux prestations existe au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical et tout au plus pendant la durée maximale des prestations.
- 23.2 En cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 50%, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail. La protection d'assurance pour la capacité de travail résiduelle reste acquise jusqu'à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes au total. En matière de durée des prestations, l'art. 25 s'applique.
- 23.3 Si l'incapacité de travail n'est due qu'en partie à la maladie ou à l'accident, l'assureur n'allouera que la part correspondante des prestations. L'art. 23.2 s'applique.

24 Délai d'attente

- 24.1 Le délai d'attente commence à courir le premier jour de l'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical.
- 24.2 Les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours d'incapacité totale de travail pour le calcul du délai d'attente.
- 24.3 Le délai d'attente n'est imputé qu'une seule fois en l'espace de 365 jours.

25 Durée des prestations

- 25.1 Les prestations assurées sont octroyées en cas d'incapacité de travail totale ou partielle pour une ou plusieurs maladies resp. accidents au maximum pendant 720 jours en l'espace de 900 jours.
- 25.2 Les délais d'attente ne sont pas imputés à la durée maximale du droit aux prestations, à moins que l'employeur ne soit tenu de verser le salaire durant le délai d'attente.
- 25.3 L'assuré ne peut pas empêcher l'expiration de la durée maximale des prestations en renonçant aux prestations.

26 Résidents de courte durée et travailleurs saisonniers

Pendant la saison intermédiaire, les résidents de courte durée et les travailleurs saisonniers n'ont pas droit à des prestations. Lors de la nouvelle saison, les prestations sont versées après le début de la saison au taux de l'année précédente, dans la mesure où il est prouvé que la personne concernée aurait obtenu un permis de travail et occupé un

emploi saisonnier si elle avait été en capacité de travail.

27 Prestations à l'étranger

- 27.1 En cas d'incapacité de travail à l'étranger, les prestations assurées ne sont versées que pendant la durée d'un séjour hospitalier.
- 27.2 Si l'assuré est au service d'un employeur suisse à l'étranger, les pleines prestations assurées seront accordées. L'assuré devra produire un certificat médical et fera attester son incapacité de travail également par l'employeur.
- 27.3 Les prestations d'indemnités journalières ne sont accordées qu'en cas de traitements hospitaliers dans le pays de séjour actuel. Aucune prestation ne peut être revendiquée en cas de transferts et de traitements dans des États tiers.
- 27.4 Lorsque l'assuré se rend à l'étranger en vue d'un traitement, de soins ou d'un accouchement, aucune prestation n'est accordée.
- 27.5 Lorsqu'un assuré en incapacité de travail se rend à l'étranger sans l'agrément de l'assureur, aucune prestation ne lui sera versée pendant la durée de son séjour à l'étranger.

28 Chômage

Les chômeurs au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage et l'indemnité et cas d'insolvabilité (LACI) reçoivent la moitié de l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail de 50% et l'indemnité journalière complète en cas d'incapacité de travail supérieure à 50%.

29 Maternité

- 29.1 En cas de grossesse et d'accouchement, il est octroyé durant 16 semaines les prestations que l'assurée avait assurées jusqu'au jour de la naissance pendant au moins 270 jours et sans interruption de plus de trois mois. Le délai d'attente convenu est imputé aux 16 semaines. Ces conditions sont également valables pour le droit aux prestations découlant d'une augmentation d'assurance ultérieure.
- 29.2 Les prestations sont allouées si la grossesse a duré au moins 28 semaines, que l'enfant soit né viable ou non.
- 29.3 Le droit aux prestations prend naissance au plus tôt deux semaines avant la naissance.
- 29.4 Les prestations ne sont pas imputées à la durée maximale du droit aux prestations.
- 29.5 Si l'assurée a droit à une allocation de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (LAPG), les prestations sont versées durant 16 semaines après l'accouchement, sous déduction de l'allocation de maternité selon la LAPG. Le délai d'attente n'est pas imputé. En cas de grossesse, un droit aux prestations n'existe qu'en cas d'incapacité de travail

attestée par un médecin suite à des complications. Ces conditions sont également valables pour le droit aux prestations découlant d'une augmentation d'assurance ultérieure.

30 Prestations à l'âge AVS

- 30.1 Si, à partir de la perception d'une rente de l'AVS, l'assuré est capable de travailler à 50% au minimum et qu'il continue à exercer une activité lucrative, il peut demander que la couverture d'assurance soit maintenue, mais tout au plus jusqu'à 70 ans révolus.
- 30.2 À l'âge AVS, les prestations de toutes les assurances ensemble ne sont versées qu'au maximum pendant 180 jours dans l'intervalle de 900 jours consécutifs; ensuite les assurances expirent. Les prestations touchées juste avant l'âge AVS sont imputées pour autant qu'en les ajoutant on dépasse la durée maximale des prestations prévue à l'art. 25.
- 30.3 À l'âge AVS, les délais d'attente convenus ne sont imputés que de 30 jours au maximum sur la durée du droit aux prestations.

VII. Primes

31 Tarif de primes

- 31.1 Les primes sont calculées par période d'assurance (art. 15) et sont fixées dans un tarif de primes particulier.
- 31.2 Elles peuvent être échelonnées selon les régions et le groupe d'âge d'entrée.
- 31.3 L'âge d'entrée correspond à l'âge effectif à la conclusion du contrat. L'assuré reste pour toujours affecté au groupe d'âge d'entrée correspondant.
- 31.4 Lors d'une augmentation d'assurance ultérieure, est valable le groupe d'âge d'entrée qui correspond à l'âge effectif de l'assuré au moment où l'augmentation d'assurance prend effet.

32 Échéance, paiement des primes

- 32.1 La prime annuelle doit être payée par avance. Elle échoit au 1^{er} janvier de chaque année, et si l'assurance débute en cours d'année, elle échoit à la date d'envoi de la facture pour la période restante de l'année.
- 32.2 Un paiement par acomptes peut être convenu moyennant un supplément de primes. Les acomptes doivent également être payés par avance.
- 32.3 Lorsque le preneur d'assurance a souscrit plusieurs assurances (y compris l'assurance obligatoire des soins) auprès de l'assureur, il doit choisir un mode de paiement uniforme.
- 32.4 Si un paiement par acomptes est convenu, les acomptes arrivant à échéance au cours de l'année sont considérés uniquement comme différés.
- 32.5 Lorsque le preneur d'assurance est en retard dans le paiement d'un acompte convenu, le solde de la

prime pour la période d'assurance en cours est payable immédiatement.

33 Sommation, retard dans le paiement

- 33.1 Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit de payer les primes en souffrance dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation mentionnera les conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.
- 33.2 Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation selon l'art. 33.1, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.
- 33.3 Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été payée, intérêts et frais y compris. L'assureur n'est pas tenu de verser des prestations pour des cas d'assurance qui se sont produits pendant la durée du retard et après l'expiration du délai de sommation.

34 Adaptation du tarif de primes

Si le tarif de primes change, l'assureur peut exiger l'adaptation de l'assurance au premier jour de la prochaine période d'assurance. À cet effet, il doit communiquer par écrit au preneur d'assurance les nouvelles conditions du contrat au moins 30 jours avant l'entrée en vigueur des nouvelles primes. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours. S'il use de ce droit, l'assurance s'éteint à l'expiration de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Si le preneur d'assurance omet de procéder à la résiliation, il est censé avoir accepté l'adaptation de l'assurance.

VIII. Obligations et justification des prétentions

35 Obligations et devoirs

- 35.1 Lorsqu'une incapacité de travail donne probablement droit à des prestations de l'assureur, il y aura lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations.
- 35.2 L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs de prestations tout document et renseignement complémentaire, notamment des certificats médicaux. De plus, le preneur d'assurance resp. l'assuré doit fournir des renseignements complets et sincères

sur tout ce qui concerne l'incapacité de travail ainsi que les maladies et accidents antérieurs. À la demande de l'assureur, l'assuré délie les fournisseurs de prestations qui le traitent ou l'ont traité, du secret professionnel à l'égard de l'assureur.

- 35.3 L'assuré est tenu de se soumettre, sur ordre de l'assureur, à des examens médicaux supplémentaires.
- 35.4 L'assureur se réserve le droit d'entreprendre, en tout temps, des visites de contrôle auprès des assurés en incapacité de travail. La visite du contrôleur de l'assureur ou de la tierce personne mandatée ne peut être refusée.
- 35.5 L'assuré présentant une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle est dans l'obligation d'exploiter une éventuelle capacité de travail restante (obligation de restreindre le dommage). Une activité raisonnable dans le cadre d'une autre profession ou domaine d'activité sera prise en considération.
- 35.6 L'assuré est tenu de s'annoncer auprès des assurances sociales entrant en ligne de compte, en particulier auprès de l'office AI, en vue de l'octroi de prestations, si un médecin ou l'assureur le lui ordonne.

36 Justification des prétentions

- 36.1 La justification des prétentions doit se faire par le preneur d'assurance resp. l'assuré sur le formulaire mis à disposition par l'assureur.
- 36.2 Les incapacités de travail de personnes assurées doivent être déclarées à l'assureur au plus tard dans les cinq jours qui suivent l'échéance du délai d'attente convenu, mais en tout cas dans les 30 jours à partir du début de l'incapacité de travail. L'avis sera accompagné d'une attestation établie par un médecin ou chiropraticien. Lorsque l'avis est donné tardivement sans raison valable, le droit aux prestations prend naissance au plus tôt le jour de la réception de l'avis.
- 36.3 Si parallèlement à l'assureur, d'autres assureurs sociaux ou privés (par exemple assurance-invalidité, assurance militaire, assurance-accidents, prévoyance professionnelle, autres assurances d'indemnités journalières) sont également tenus de verser des prestations pour une incapacité de travail, les prestations assurées ne seront allouées que si le cas d'assurance a été déclaré en temps opportun auprès des assurances concernées. Il y aura lieu de remettre à l'assureur, outre les documents mentionnés aux art. 36.1 et 36.2, également la confirmation de déclaration d'assurance, les décomptes et éventuelles décisions des autres organismes assureurs.
- 36.4 Pour faire valoir le droit aux prestations de maternité, un certificat médical qui renseigne sur la durée de la grossesse et la date de l'accouchement, doit être envoyé à l'assureur. Si l'assurée a, en outre, perçu une allocation de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service

et de maternité (LAPG), elle est tenue de remettre à l'assureur le décompte de la caisse de compensation AVS relatif à l'allocation de maternité.

IX. Restrictions de la protection d'assurance

37 Exclusions

- 37.1 Sont exclues de l'assurance les incapacités de travail survenant en relation avec les événements suivants:
- les suites d'événements belliqueux en Suisse et à l'étranger. Cependant, si l'assuré est surpris par l'éclatement de ces faits dans le pays où il séjourne, la protection d'assurance déploie encore ses effets pendant les 14 jours qui suivent la première survenance de ces événements;
 - le service militaire étranger;
 - la participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme;
 - la participation à des troubles, des manifestations ou des agitations similaires;
 - la perpétration de crimes et de délits soit intentionnellement soit par négligence grave;
 - la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que l'assuré ait été blessé par les protagonistes alors qu'il n'était pas en cause ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
 - les dangers auxquels l'assuré s'est exposé en provoquant gravement autrui;
 - Les effets de radiations ionisantes et les dommages consécutifs aux effets de l'énergie atomique;
 - la consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes ainsi que l'abus d'alcool et de médicaments;
 - les suicides ou tentatives de suicide ou les automutilations.
- 37.2 De plus, aucune prestation n'est versée pour des incapacités de travail consécutives à des:
- thérapies cellulaires, cures d'amaigrissement, thérapies de remise en forme;
 - traitements dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon des méthodes scientifiques;
 - traitements esthétiques (y compris les complications et les séquelles);
 - changements de sexe (y compris les complications et les séquelles).

38 Réduction et refus de prestations

- Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:
- 38.1 lorsque le preneur d'assurance resp. l'assuré ne satisfait pas à ses obligations et devoirs (art. 35) vis-à-vis de l'assureur, à moins qu'il ne prouve que cette transgression a eu lieu sans faute de sa part;

38.2 lorsque l'incapacité de travail est provoquée par une négligence grave du preneur d'assurance, resp. de l'assuré;

38.3 en cas d'accidents consécutifs à une entreprise téméraire. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre ou pouvoir prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables. Toutefois, le sauvetage d'une personne est couvert par l'assurance même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire.

39 Pluralité d'assurances

Si des contrats d'assurance privée existent auprès de plusieurs assureurs tenus de verser des prestations, les prestations seront versées globalement une seule fois. Dans ce cas, le montant des prestations que chaque assureur devrait verser en fonction de l'assurance existante chez lui s'il avait été le seul à les assurer sera déterminé et servira à calculer la somme totale de ces prestations. Dans le versement global des prestations, chaque assureur ne devra prendre en charge que ce qui correspond à sa part de cette somme totale.

40 Versement des prestations, surindemnisation et demande de restitution

40.1 L'assurance d'indemnités journalières ne doit pas entraîner de surindemnisation pour l'assuré. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations d'indemnités journalières excèdent la perte de gain présumée subie par l'assuré au regard de l'activité exercée dans l'exploitation agricole, la valeur des tâches qu'il ne peut accomplir notamment dans le cadre de la tenue du ménage, ou, pour les chômeurs, le montant de leur indemnité de chômage. En cas de maternité, l'art. 29.5 s'applique.

40.2 L'assureur réduit ses prestations dans la mesure où l'assurance constitue une source de gain pour l'assuré.

40.3 Sont prises en considération pour le calcul de la surindemnisation, une éventuelle obligation de l'employeur de verser le salaire, les prestations d'autres assurances privées et sociales ainsi que le revenu professionnel pouvant être raisonnablement obtenu (art. 35.5).

40.4 Lorsque l'indemnité journalière est réduite par suite d'une surindemnisation, l'assuré a droit, en cas d'incapacité de travail totale, à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes. En cas d'incapacité de travail partielle, l'assuré a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières, proportionnellement au degré d'incapacité de travail médicalement attesté. Les délais relatifs à l'octroi de prestations fixés à l'art. 25.1 sont prolongés en fonction de la réduction.

40.5 Aux assurés qui ne peuvent fournir la preuve de la perte de revenu resp. de la valeur des tâches qu'ils ne peuvent plus accomplir, il est octroyé une indemnité journalière de CHF 10 au maximum.

40.6 En cas d'une éventuelle obligation à prestations de la part d'assureurs sociaux, l'assureur est en droit de revendiquer, directement auprès d'eux, la restitution des prestations qu'il a fournies à titre d'acomptes. L'assureur exige directement de l'assurance-invalidité fédérale la restitution en particulier des prestations qu'il fournit eu égard à une rente invalidité et ceci à partir de la date du début de la rente. Le montant de la demande de restitution correspond à celui de la surindemnisation selon l'art. 40.2.

40.7 Lorsque l'assuré a recours à l'assureur en lieu et place du tiers responsable ou de l'assureur responsabilité civile de ce dernier, il doit céder ses droits à l'assureur jusqu'à concurrence des prestations versées.

40.8 Les indemnisations assumées par un tiers responsable ou par son assureur responsabilité civile sont déduites des prestations de l'assureur.

40.9 L'assurance d'indemnités journalières agricoles ne couvre pas les réductions éventuelles effectuées dans d'autres assurances.

40.10 Les prestations touchées à tort doivent être remboursées à l'assureur.

41 Avance de prestations et recours

41.1 L'assureur peut verser des prestations à titre d'acomptes à condition que l'assuré lui cède ses droits envers des tiers tenus de verser des prestations, jusqu'à concurrence des prestations versées par l'assureur, et s'engage à ne rien entreprendre qui s'opposerait à un exercice de l'éventuel droit de recours contre les tiers.

41.2 L'assureur est libéré de l'obligation en matière de prestations lorsque l'assuré conclut, sans l'accord de l'assureur, des arrangements avec des tiers portant sur une renonciation partielle ou totale aux prestations d'assurance ou aux dommages et intérêts.

X. Divers

42 Compensation, cession et mise en gage

42.1 Le preneur d'assurance resp. l'assuré n'a aucun droit envers l'assureur de compenser des arriérés de primes avec des prétentions à des prestations.

42.2 Avant leur fixation définitive, les prétentions à des prestations assurées ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'accord exprès de l'assureur.

43 Exécution

43.1 Les obligations découlant du présent contrat sont à acquitter en Suisse et en monnaie suisse.

43.2 Lorsque des prestations soumises à l'impôt à la source sont payées directement à l'assuré, celles-ci seront réduites à la source du montant de l'impôt dû.

44 Communications

- 44.1 Toutes les communications peuvent être adressées valablement au Siège principal de CONCORDIA ou à la représentation désignée dans la police.
- 44.2 Lorsque l'assurance d'indemnités journalières de CONCORDIA est délivrée par un autre assureur, les communications et les annonces qui sont faites à ce dernier ont la même validité que si elles étaient adressées à la CONCORDIA.
- 44.3 L'assuré doit communiquer par écrit à CONCORDIA tout changement de son adresse ou de sa situation personnelle réelle, pour autant que ces changements soient déterminants pour l'évaluation de l'obligation à prestations. Les communications de l'assureur se font valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée par l'assuré.

45 For

En cas de contestations découlant du présent contrat, le preneur d'assurance resp. l'assuré a le choix entre le for de Lucerne ou celui de son domicile suisse.



Digne de confiance

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch