
Salary LAMal

Assurance d'indemnités journalières facultative selon la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Edition de septembre 2006 (version 2013)

Organisme d'assurance: Sanitas Assurances de base SA

sanitas

Etendue de l'assurance

1 Bases du contrat

- 1 Toutes les déclarations écrites que l'assuré (la personne à assurer) ou ses représentants conignent dans la proposition d'assurance et dans d'autres documents ainsi que les rapports médicaux forment les bases du contrat.
- 2 Les droits et obligations des parties contractantes sont fixés dans la police d'assurance, dans les éventuels avenants, dans les conditions générales d'assurance (CGA) et dans les éventuelles conditions particulières.
- 3 Les présentes conditions générales d'assurance (CGA) sont basées sur la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ainsi que sur la Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et les ordonnances correspondantes.
- 4 Le Code des obligations (CO) s'applique de manière subsidiaire aux bases légales susmentionnées.
- 5 Le texte rédigé au genre masculin s'applique par analogie également aux personnes de sexe féminin.

2 Objet de l'assurance

Sanitas Assurances de base SA (nommée ci-après Sanitas) assure les suites économiques de l'incapacité de travail résultant de la maladie, de la maternité et de l'accident. Le risque accidents est coassuré s'il figure sur la police.

3 Définitions

- 1 Est réputée maladie 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.
- 2 La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.
- 3 Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident sont considérées comme des accidents. Les dispositions de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont déterminantes.
- 4 Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui dans sa profession ou son domaine d'activité, 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.

- 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.

Prestations

4 Prestations en Suisse

- 1 En cas d'incapacité de travail de l'assuré, Sanitas verse les indemnités journalières convenues à l'expiration du délai d'attente fixé.
- 2 Les indemnités journalières sont versées pendant une durée maximale de 720 jours dans une période de 900 jours pour un ou plusieurs cas d'assurance. Il n'est pas permis de renoncer temporairement aux indemnités journalières dans le but d'éviter d'atteindre la durée maximale du droit aux prestations.
- 3 Pendant la durée stipulée à l'alinéa 2 et en cas d'incapacité de travail partielle, l'assuré a droit à des indemnités journalières correspondant au degré de l'incapacité de travail, si celle-ci est d'au moins 50%. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.
- 4 Si le degré de l'incapacité de travail change durant une période de versement d'indemnités journalières, les prestations sont fixées à nouveau avec effet au jour du changement.
- 5 Les jours où l'incapacité de travail partielle est d'au moins 50% comptent comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente. A l'exception du délai d'attente de deux jours, le délai d'attente n'est imputé qu'une fois par année civile. Les délais d'attente de 30 jours et plus sont imputés à la durée maximale du droit aux prestations.
- 6 Dans le cadre des dispositions légales, les indemnités journalières sont versées pendant 16 semaines en cas de maternité, mais ne sont pas imputées à la durée du droit aux prestations. Le droit aux indemnités commence au plus tôt deux semaines avant l'accouchement. Les incapacités de travail résultant de complications durant la grossesse sont assimilées à une maladie au sens du chiffre 3, alinéa 1 et ne sont pas imputées à la durée des prestations de 16 semaines.

- 7 En cas d'incapacité de travail supérieure à 50%, tout assuré considéré comme chômeur au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) perçoit des indemnités journalières entières.

5 Prestations à l'étranger

- 1 Si l'incapacité de travail intervient durant un séjour à l'étranger, le droit aux indemnités journalières assurées n'existe que lors du séjour hospitalier à l'étranger.
- 2 Aucune prestation d'indemnités journalières n'est versée si un assuré ayant droit à des prestations d'indemnités journalières se rend à l'étranger sans l'accord de Sanitas.

6 Surindemnisation

- 1 Les prestations d'indemnités journalières ne doivent pas engendrer de surindemnisation selon l'art. 69 LPG. Si des indemnités journalières réduites sont allouées en raison d'une surindemnisation, la durée des prestations se prolonge au maximum jusqu'à ce que les prestations correspondent au montant total des remboursements en cas de paiement complet des indemnités journalières. Les prestations en cas de maternité versées durant 16 semaines uniquement font exception à cette disposition.
- 2 En cas de 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), Sanitas réduit ses prestations d'indemnités journalières selon le chiffre 4, alinéa 6 des présentes CGA, au sens de l'art. 69 LPG. L'assurée doit faire parvenir à Sanitas les copies des décomptes de la caisse de compensation responsable de l'allocation de maternité.

Limitations de l'étendue de l'assurance

7 Suppression du droit aux prestations

Aucune prestation d'indemnités journalières n'est versée:

- pour des maladies et des séquelles d'accident qui, étant sous réserve, sont exclues de l'assurance ou le seraient si l'assuré ne les avait pas passées sous silence,
- pour des maladies et des accidents ayant eu lieu pendant un service militaire à l'étranger,
- pour compenser des réductions de prestations d'autres assurances.

8 Réduction ou refus de prestations

Les prestations d'indemnités journalières sont réduites ou refusées en cas d'événements particulièrement graves:

- par négligence grave ou en cas de provocation intentionnelle d'un cas d'assurance, sauf si l'assuré a agi dans un état d'incapacité totale de discernement,
- en cas de maladie ou d'accident suite à des rixes, des troubles, des faits de guerre, des actes terroristes et des actions criminelles de tout genre ainsi que des mesures prises pour les combattre, sauf si l'assuré a été blessé en tant que non-participant ou qu'il a apporté son aide à une personne sans défense,
- en cas de participation à des entreprises téméraires; toutefois, le sauvetage d'une personne est couvert par l'assurance, même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire.

Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener ce danger à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures.

9 Prestations de tiers

- 1 L'assuré est tenu d'informer immédiatement Sanitas de toute prestation de tiers (p.ex. assurance accidents, assurance responsabilité civile, assurance militaire ou assurance invalidité) ainsi que des accords sur les indemnités sous forme de capital, pour autant que Sanitas doive allouer des prestations dans le même cas d'assurance.
- 2 Si Sanitas alloue des prestations à la place de tiers, l'assuré doit lui céder ses droits dans l'étendue de l'obligation d'allouer des prestations de Sanitas.
- 3 Les accords conclus par l'assuré avec des tiers ne sont pas contraignants pour Sanitas.

Obligations et justification des prétentions

10 Obligations générales

- 1 L'assuré doit se soumettre aux prescriptions des médecins ou d'autres fournisseurs de prestations et faire tout son possible pour mettre un terme à son incapacité de travail.
- 2 L'assuré est en particulier obligé de se soumettre à un traitement et à une réintégration dans la vie active si ceux-ci peuvent être raisonnablement exigés, pour autant qu'il en résulte une amélioration notable de la capacité de gain ou une nouvelle possibilité de gain.

11 Justification des prétentions

- 1 L'incapacité de travail doit être annoncée par écrit à Sanitas dans un délai de six jours après le délai d'attente, ce en fournissant l'original du certificat médical d'incapacité de travail indiquant le degré de celle-ci.
- 2 Si le certificat médical est remis tardivement, le droit aux prestations d'indemnités journalières prend effet au plus tôt le jour de sa réception.
- 3 A la demande de Sanitas, la perte de gain doit être attestée par écrit.
- 4 Si des prestations d'indemnités journalières sont exigées à la suite d'un accident, le formulaire de déclaration d'accident doit être adressé à Sanitas.

12 Cession et mise en gage des prestations

L'assuré ne peut ni céder ni mettre en gage ses créances envers Sanitas sans son consentement.

13 Violation des obligations

Si l'assuré viole ses obligations vis-à-vis de Sanitas en cas de sinistre, les prestations peuvent être réduites ou refusées.

Début et fin de l'assurance

14 Conditions d'admission

- 1 En signant la proposition, la personne à assurer autorise les médecins qu'elle consulte, les assureurs précédents et les autres organismes d'assurance à fournir à Sanitas et à ses médecins-conseils toutes les informations sur son état de santé ou sur l'évolution d'une maladie ou d'un accident qui sont nécessaires pour l'examen de la proposition d'assurance et pour la détermination des prestations.
- 2 Si les renseignements demandés pour la conclusion d'une assurance d'indemnités journalières ne sont pas fournis à Sanitas dans les trois mois, la proposition devient sans objet.
- 3 Sanitas est en droit de demander un examen médical, dont les frais sont à la charge de l'auteur de la proposition. Sanitas peut intervenir dans le choix du médecin.

- 4 Par le biais d'une réserve, Sanitas peut exclure de l'assurance des maladies et des séquelles d'accident existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures ou les séquelles d'accident qui, selon l'expérience, peuvent entraîner des rechutes. La réserve arrive à son terme au plus tard après cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.
- 5 Si, à la conclusion du contrat, l'assuré a inexactement déclaré ou omis de déclarer un fait important (maladie et séquelles d'accident existant ou ayant existé) qu'il connaissait ou aurait dû connaître, Sanitas peut appliquer une réserve rétroactive dans les quatre semaines qui suivent la date où elle en a pris connaissance. La restitution de toutes les prestations concernées par cette réserve et allouées depuis le début du contrat sera demandée.
- 6 L'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal peut être conclue par toute personne âgée de 15 ans révolus à 65 ans et domiciliée ou exerçant une activité lucrative en Suisse. Lors de la conclusion d'une nouvelle assurance, seule une indemnité journalière de CHF 10.- peut être assurée, exception faite des accords spéciaux dans les assurances collectives.

15 Début de l'assurance

La protection d'assurance court à partir de la date figurant sur la police ou sur la confirmation d'acceptation.

16 Modifications de contrat

- 1 Pour toute modification du contrat, l'assuré doit remettre une nouvelle proposition. Les dispositions du chiffre 14 des présentes conditions générales d'assurance (CGA) s'appliquent.
- 2 Indépendamment de son état de santé, tout assuré considéré comme chômeur au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) peut transformer son assurance d'indemnités journalières existante en une assurance pour le même montant avec un délai d'attente de 30 jours. La prime est adaptée en conséquence.

17 Suspension

L'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal est suspendue pour tout assuré soumis à l'assurance militaire pendant plus de 60 jours consécutifs. La communication doit parvenir à Sanitas au minimum 8 semaines avant le début du service militaire. En cas de communication tardive, la suspension a lieu à la prochaine date possible, mais au plus tard huit semaines après la communication. Sanitas compense les primes payées d'avance avec les primes dues ultérieurement ou les restitue. L'assuré est tenu d'informer Sanitas de la fin anticipée de son service militaire. La durée de la suspension est alors réduite en conséquence.

18 Fin de l'assurance

L'assurance s'éteint

- en cas de résiliation par l'assuré selon le chiffre 19 des présentes conditions générales d'assurance (CGA),
- en cas d'abandon du domicile ou de l'activité lucrative en Suisse,
- si les prestations maximales ont été atteintes selon le chiffre 4 des présentes conditions générales d'assurance (CGA),
- en cas de décès.

19 Résiliation

- 1 L'assuré peut résilier son contrat au 31 décembre en observant un délai de résiliation de trois mois.
- 2 En outre, lorsqu'une nouvelle prime est annoncée, la résiliation peut prendre effet à la fin du mois précédant le début de validité de la nouvelle prime, moyennant un délai de résiliation d'un mois. En règle générale, une telle communication est effectuée au 1^{er} janvier.
- 3 En cas de passage à l'assurance d'indemnités journalières conclue par l'employeur ou en cas de cessation de l'activité lucrative, l'assurance peut être résiliée pour la fin du mois.

Primes

20 Paiement des primes et échéance

- 1 Les primes sont dues au 1^{er} du mois concerné. Les paiements peuvent être effectués annuellement, semestriellement, trimestriellement, bimestriellement ou mensuellement, l'année d'assurance commençant au 1^{er} janvier. Si la facture est établie à une adresse à l'étranger, seul le paiement de primes annuelles, semestrielles ou trimestrielles est possible.
- 2 Si le contrat est résilié avant son expiration, la restitution des primes est effectuée pour la période d'assurance non écoulée.
- 3 L'assuré n'a pas le droit de compenser des primes dues par des prestations à percevoir.

21 Sommation et conséquences du retard

- 1 Si des primes dues ne sont pas payées dans le délai imparti, Sanitas somme l'assuré, avec rappel des conséquences du retard, de les payer dans les 14 jours suivant l'envoi de la sommation. Si celle-ci reste sans effet, Sanitas se départit du contrat en renonçant à l'encaissement des primes dues ou exige par voie légale le paiement de celles-ci, y compris les frais de sommation, les intérêts moratoires et les frais de poursuite.
- 2 Dans un délai de quatre mois après l'expiration du délai de sommation, l'assuré peut présenter une demande écrite de réactivation du contrat sans nouvel examen de risque. Il doit s'engager à payer sans interruption la totalité des montants arriérés. Dans ce cas, le droit aux prestations pour les traitements commence le jour où Sanitas reçoit le paiement. La demande peut être refusée sans motivation.
- 3 Sanitas facture des frais et des intérêts moratoires raisonnables en cas de sommations et de poursuites.

Divers

22 Acceptation de la police

Si le contenu de la police ou des avenants y relatifs ne concorde pas avec les accords passés, le preneur d'assurance peut en exiger la correction dans les quatre semaines suivant la réception de la police, faute de quoi le contenu est considéré comme accepté.

23 Saisie et traitement des données

- 1 Sanitas garantit le respect de la protection des données selon les dispositions du droit suisse, notamment de la Loi fédérale sur la protection des données.
- 2 Dans le cadre des dispositions légales, Sanitas peut se procurer les informations nécessaires à l'exécution de l'assurance, les saisir sur un support électronique ou les transmettre à des tiers pour traitement.

24 Versement de prestations

- 1 Sanitas verse ses prestations sur un compte postal ou bancaire. Si les versements sont exigés par le biais d'un autre moyen de paiement, Sanitas est en droit de percevoir une indemnité pour les frais supplémentaires occasionnés. Les versements sont effectués à des adresses en Suisse ou dans les Etats de l'UE ou de l'AELE, dans la mesure où Basic est coassuré dans la même police d'assurance.
- 2 Sanitas est en droit de compenser ses créances vis-à-vis des assurés avec des prestations.

25 Changements de nom et d'adresse / adresse de contact

- 1 Les changements de nom et d'adresse ou d'adresse de contact doivent être annoncés à Sanitas par écrit dans un délai de 30 jours. Les communications adressées à la dernière adresse annoncée sont, dans tous les cas, valides sur le plan juridique.
- 2 Pour les séjours à l'étranger d'une durée de plus de trois mois, une adresse de contact en Suisse doit être communiquée à Sanitas. Ceci ne vaut pas pour un transfert du domicile de droit civil dans un Etat de l'UE ou de l'AELE, dans la mesure où Basic est coassuré dans la même police d'assurance.

26 Adaptation des conditions d'assurance

Les modifications des présentes conditions générales d'assurance (CGA) et les autres informations contractuelles sont communiquées à l'assuré par courrier ou par publication dans le journal des clients.

27 Voies de droit

- 1 Si l'assuré n'est pas d'accord avec une décision de Sanitas, il peut, dans les 90 jours, exiger de Sanitas qu'elle rende une décision écrite et motivée dans les 30 jours en indiquant les voies de recours.
- 2 Une décision peut être attaquée dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de Sanitas. Sanitas examine cette opposition et rend une décision sur opposition écrite motivée en indiquant les voies de recours.
- 3 Un recours contre la décision sur opposition de Sanitas peut être déposé dans les 30 jours auprès du Tribunal cantonal des assurances. Le Tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou de l'autre partie ayant formé le recours.
- 4 Un recours peut aussi être formé lorsque Sanitas ne rend pas de décision ni de décision sur opposition, bien qu'une demande ait été faite à ce sujet.
- 5 Conformément à la Loi fédérale d'organisation judiciaire, un recours de droit administratif peut être déposé auprès du Tribunal fédéral des assurances contre un jugement rendu par un Tribunal cantonal des assurances.

