

Assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie

Information sur le produit et conditions contractuelles

Edition 2015

Votre sécurité nous tient à cœur.

Information sur le produit

Conditions contractuelles à partir de la page 6

L'information sur le produit a pour but de vous aider à vous repérer dans vos documents contractuels d'assurance. Les droits et les obligations mutuels des cocontractants sont exclusivement régis par votre contrat d'assurance et par les conditions contractuelles (CC).

Votre contrat d'assurance est soumis au droit suisse, en particulier à la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Votre sécurité nous tient à cœur.
Et nous vous le démontrons, par exemple, avec

- nos spécialistes techniques expérimentés
- des prestations adaptées à vos besoins et à ceux de vos collaborateurs et collaboratrices
- notre disponibilité 24h/24 quelles que soient vos questions

Vous trouverez des conseils de sécurité complémentaires sur www.baloise.ch

1. Votre cocontractant

Votre cocontractant est la Bâloise Assurance SA (ci-après la Bâloise), Aeschengraben 21, case postale, CH-4002 Bâle.

La Bâloise dispose également d'un site Internet, dont l'adresse est la suivante: www.baloise.ch

2. Preneur d'assurance et personnes assurées

Le preneur d'assurance est la personne physique ou morale qui recherche une couverture d'assurance pour elle-même et/ou pour d'autres personnes et qui, à cet effet, conclut un contrat d'assurance auprès de la Bâloise. Le preneur d'assurance est le cocontractant de la Bâloise.

Les personnes assurées sont les salariés désignés dans le contrat d'assurance; les propriétaires d'entreprises individuelles, les sociétaires de sociétés de personnes, uniquement s'ils sont nommément désignés dans le contrat d'assurance. Les membres de la famille sont également couverts s'ils sont nommément désignés.

3. Étendue de la couverture d'assurance

Vous trouverez ci-après une information sur les couvertures d'assurance à votre disposition. Il s'agit d'un récapitulatif qui vise à faciliter le choix de la solution appropriée. Un descriptif général de la couverture d'assurance et ses restrictions figurent dans les conditions contractuelles. La couverture d'assurance choisie par le preneur d'assurance et les données individuelles, telles que, par exemple, la somme d'assurance convenue, figurent dans le contrat d'assurance.

Le produit d'assurance offre à l'employeur la possibilité d'assurer ses salariés et lui-même contre les conséquences financières d'une incapacité de travail par suite de maladie. Les propriétaires d'entreprises individuelles, les sociétaires de sociétés de personnes ainsi que les membres de leurs familles peuvent également être assurés. Pour cela, une convention particulière est nécessaire. Les personnes devant être assurées doivent être nommément désignées.

En cas d'incapacité de travail attestée par un médecin (minimum 25%) suite à une maladie, la Bâloise verse les indemnités journalières convenues (entières ou partielles) au maximum pendant 730 jours jusqu'au versement des prestations de la prévoyance professionnelle (2^{ème} pilier), déduction faite du délai d'attente¹⁾, en fonction du degré d'incapacité de travail. Le délai de 730 jours s'applique également en cas d'absence de prévoyance professionnelle comme durée maximale de prestation.

¹⁾Le délai d'attente désigne la période entre la survenance de l'évènement assuré (constatation par le médecin de l'incapacité de travail) et le début de l'obligation pour la Bâloise de verser une prestation (versement d'une indemnité journalière).

Une réglementation particulière existe pour les congés non payés.

Si la maladie pour laquelle la Bâloise a versé une indemnité entraîne le décès d'un salarié assuré pendant la durée de la prestation, la Bâloise verse dans tous les cas l'indemnité journalière assurée pendant 2 mois de plus.

4. Bénéficiaire des prestations

L'ayant droit est la personne assurée. Elle peut prétendre directement aux prestations de la Bâloise.

L'indemnité journalière assurée est versée au preneur d'assurance dans la mesure où il verse un salaire à la personne assurée alors que celui-ci a droit aux indemnités journalières.

5. Validité temporelle et territoriale

Pendant la durée du contrat, la couverture d'assurance est accordée partout dans le monde.

6. Début du contrat et de la couverture d'assurance

Le contrat prend effet à la date indiquée dans le contrat d'assurance. La couverture d'assurance pour le salarié concerné débute, le jour du début du travail, mais au plus tôt au début du contrat d'assurance.

Les propriétaires d'entreprises individuelles, les sociétaires de sociétés de personnes ainsi que les membres de leurs familles sont couverts par l'assurance à compter de la date définie pour eux dans le contrat d'assurance.

7. Durée du contrat et de la couverture d'assurance

À l'expiration de la durée convenue, le contrat d'assurance est reconduit tacitement pour une année, à moins que l'une des parties contractantes ne l'ait résilié par écrit moyennant un préavis d'au moins 3 mois.

8. Prime

La prime pour les assurés avec un montant de salaire fixe est payable d'avance.

La prime pour les autres salariés assurés est calculée chaque année à titre provisoire et doit être payée d'avance. La prime définitive est calculée une fois l'année d'assurance écoulée sur la base des salaires à déclarer. La Bâloise est autorisée à vérifier les données salariales.

Un paiement semestriel ou trimestriel peut être convenu contre le versement d'un supplément.

Si le contrat d'assurance s'éteint avant l'échéance d'une année d'assurance, la Bâloise rembourse au preneur d'assurance la part de prime proportionnelle. Par contre, la prime pour la période d'assurance en cours reste due intégralement lorsque le preneur d'assurance résilie le contrat à la suite d'un sinistre alors qu'il est en vigueur depuis moins d'une année.

9. Retard dans le paiement et mise en demeure

Si la prime n'est pas payée après une sommation écrite, la Bâloise accorde un délai supplémentaire de paiement de 14 jours. Le non-respect de ce délai a pour conséquence la suspension de la couverture d'assurance (interruption de couverture).

Le contrat d'assurance peut être réactivé dès le paiement de l'intégralité des primes et taxes dues. La date du paiement est déterminante pour la réactivation de la couverture d'assurance. Aucune couverture n'est accordée rétroactivement au preneur d'assurance pour la période d'interruption.

Le contrat d'assurance s'éteint 2 mois après le délai de 14 jours consécutif à la mise en demeure, sauf si la Bâloise engage une procédure de recouvrement de la prime (poursuite).

10. Obligations du preneur d'assurance et conséquences de leur violation

Le preneur d'assurance doit répondre aux questions posées dans le cadre de sa demande de manière véridique et complète (obligation de déclaration précontractuelle). Toute modification relative aux rensei-

gnements pris en compte initialement dans la proposition pour évaluer le risque et survenant pendant la durée du contrat d'assurance (aggravation du risque) doit être signalée à la Bâloise.

Si la personne assurée ne peut plus travailler pour cause de maladie, elle doit immédiatement en informer la Bâloise à l'aide du formulaire prévu à cet effet pendant le délai d'attente. Dans le cas contraire, l'obligation de verser des prestations est suspendue jusqu'à la réception de la déclaration par la Bâloise.

Le formulaire nécessaire est disponible sur internet (www.baloise.ch), auprès de la succursale de la Bâloise chargée du dossier du preneur d'assurance ou auprès du Service clientèle de la Bâloise. La Bâloise est joignable dans le monde entier au numéro suivant: 00800 24 800 800 (fax +41 58 285 90 73) et +41 58 285 28 28 en cas de difficultés de liaison depuis l'étranger.

Le preneur d'assurance est tenu de par la loi (art. 3 al. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance) d'informer par écrit les personnes assurées de la teneur essentielle du contrat ainsi que de ses modifications et de sa résiliation.

Il reçoit à cet effet les documents (informations des assurés) de la Bâloise.

Lorsque le preneur d'assurance manque à ses obligations d'informations qui lui sont imposées, la Bâloise peut résilier le contrat. Si une telle action influe sur la survenance ou sur l'ampleur d'un cas de prestation, la Bâloise est en droit de diminuer, voire de refuser ses prestations.

11. Obligations des personnes assurées et conséquences de leur violation

La personne assurée doit répondre à toute question éventuelle sur son état de santé de manière véridique et complète (obligation de déclaration précontractuelle).

En cas de maladies qui donneront vraisemblablement droit à des prestations d'assurance, un médecin doit être consulté sans délai. La personne assurée doit se soumettre aux prescriptions du médecin et du personnel soignant, et se faire confirmer par le médecin les restrictions liées à la maladie. Si la Bâloise a besoin d'informations médicales complémentaires, elle s'adressera au médecin traitant ou demandera un examen de santé à un autre médecin. En cas de prolongation de la maladie, la personne assurée doit se soumettre à des consultations médicales régulières (au moins toutes les 4 semaines). Il est essentiel de tout mettre en œuvre pour établir les causes et les conséquences du cas de prestation et de libérer aussi le médecin-conseil/médecin traitant si nécessaire de son obligation de garder le secret (obligations de renseigner et de collaborer).

Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité pouvant être exigée d'elle, elle doit adapter son activité précédente en conséquence ou accepter une activité raisonnable similaire. Elle doit également annoncer et faire valoir ses prétentions dès que possible auprès des assurances sociales compétentes (obligation de réduire le dommage).

En cas de violation des obligations mentionnées ci-dessus par la personne assurée, lorsqu'elle n'est pas le preneur d'assurance, les conséquences juridiques (licenciement, réduction ou refus de prestations) ne s'appliquent qu'à cette personne.

12. Cas de prestation engendré par une faute

La Bâloise fournit l'intégralité des prestations en cas de sinistre engendré par une négligence.

13. Fin du contrat et de la couverture d'assurance

Le contrat d'assurance prend fin en cas de résiliation ou dans les autres cas prévus par la loi ou par le contrat.

Partie demandant la résiliation	Motifs de résiliation	Délai/préavis de résiliation	Expiration du contrat
Les deux parties	Échéance de la durée minimale mentionnée dans le contrat	3 mois	À l'échéance du contrat
	Cas de prestation ayant donné lieu au versement d'une prestation par la Bâloise	Au plus tard lors du versement	14 jours après la réception de la résiliation
Preneur d'assurance	Augmentation de la prime, par exemple à la suite d'un ajustement du tarif	Avant la fin de l'année d'assurance	Le jour où les changements entrent en vigueur
	Violation de l'obligation d'information précontractuelle selon l'art. 3 LCA	4 semaines après avoir eu connaissance de la violation de l'obligation et au plus tard 1 an après la conclusion du contrat	À la réception du courrier de résiliation
L'assureur	Violation de l'obligation de déclaration précontractuelle	4 semaines après avoir eu connaissance de la violation de l'obligation	À la réception du courrier de résiliation
	Refus du contrôle des salaires	30 jours à compter du refus ou après expiration du délai limite d'envoi	À la réception du courrier de résiliation
	Données de salaire erronées	30 jours à compter du constat	À la réception du courrier de résiliation
	Fraude à l'assurance	Aucun	À la réception du courrier de résiliation

La résiliation doit être formulée par écrit.

Motifs de cessation du contrat	Cessation du contrat
Abandon de l'activité professionnelle	A la date de l'abandon de l'activité professionnelle

Motifs de cessation de couverture d'assurance pour une seule personne assurée

Expiration de la durée maximale de la prestation (épuisement du droit à prestations)	A la date de l'expiration de la durée maximale de perception de prestations
Résiliation du contrat d'assurance collective*	A la date de la résiliation du contrat d'assurance collective*
Lorsque la personne assurée quitte le cercle des personnes assurées*	Lorsque la personne assurée quitte le cercle des personnes assurées*
Lorsque la personne atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS	Fin du mois au cours duquel la personne assurée atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS
Les salariés étrangers sans permis de séjour quittant la Suisse (ne s'applique pas aux frontaliers)	Lorsque l'assuré a quitté la Suisse

* Passage dans l'assurance individuelle d'indemnité journalière possible (voir chiffre 14).

14. Passage à l'assurance individuelle

La personne assurée peut, dans les 3 mois suivant la fin de la couverture d'assurance, contracter une assurance d'indemnité journalière à titre individuel auprès de la Bâloise (libre passage) dans la mesure où elle est au chômage.

Les conditions de prestations et les exclusions figurent dans les conditions du contrat. Le preneur d'assurance doit orienter les assurés sur la possibilité légale dont ils disposent de passer à l'assurance individuelle. Les informations demandées sont également indiquées dans le document «Information des assurés» que le preneur d'assurance reçoit de la Bâloise en vue de la remise aux assurés.

15. La protection des données

Pour garantir l'efficacité et l'exactitude de la gestion des contrats, les entreprises d'assurance ont recours au traitement électronique des données. Lors du traitement des données du preneur d'assurance, la Bâloise respecte la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Clause de consentement: la proposition d'assurance contient une clause de consentement par laquelle vous autorisez la Bâloise à traiter les données vous concernant dans le cadre des dispositions légales.

Clause de libération de l'obligation de garder le secret: certaines transmissions d'informations, communiquées par ex. par un médecin tenu au secret médical, supposent le consentement particulier préalable de la personne concernée (libération de l'obligation de garder le secret). C'est pourquoi la clause de consentement inclut une libération de cette obligation de garder le secret.

Traitement des données: on entend par traitement toute opération relative à des données personnelles, quels que soient les moyens et les procédés utilisés, notamment la collecte, la conservation, l'exploitation, la modification, la communication, l'archivage et la destruction de données. La Bâloise traite les données nécessaires à la conclusion et à la gestion des contrats, ainsi qu'à la gestion des prestations. Les données du preneur d'assurance qui sont traitées en premier lieu sont celles de la proposition d'assurance et de la déclaration de maladie. La Bâloise prend par ailleurs contact avec des tiers si nécessaire (par ex. médecin, assurances sociales). Pour conclure, elle traite également les données du preneur d'assurance dans la perspective d'une optimisation des produits et à des fins de marketing interne. A cet effet, il est signalé au preneur d'assurance dans la proposition d'assurance que s'il ne souhaite pas être contacté à des fins promotionnelles, il peut le faire savoir par écrit à la Bâloise.

Échange de données: dans l'intérêt de l'ensemble des preneurs d'assurance, il peut arriver que nous échangions des données avec des assureurs antérieurs ou des réassureurs en Suisse et à l'étranger. En outre, afin de pouvoir proposer aux preneurs d'assurance la couverture d'assurance la plus large et la plus avantageuse possible, certaines de nos prestations sont déléguées à des sociétés juridiquement indépendantes, sises en Suisse ou à l'étranger. La Bâloise est donc amenée, dans le cadre de la relation contractuelle et dans le respect des dispositions légales, à transmettre les données du preneur d'assurance à des entités à l'intérieur ou à l'extérieur du groupe.

Les intermédiaires, pour leurs activités de conseil et de suivi, peuvent accéder aux informations nécessaires sur le preneur d'assurance dont dispose la Bâloise. Ils sont tenus par la loi et leur contrat de travail de respecter leur obligation particulière de garder le secret ainsi que les dispositions de la Loi fédérale suisse sur la protection des données. Les courtiers indépendants ne peuvent consulter les données dont nous disposons que si vous les y avez autorisés.

Droit d'accès et de rectification: le preneur d'assurance a le droit, selon la Loi fédérale suisse sur la protection des données, d'exiger de la Bâloise de savoir si des données le concernant sont traitées et, si oui, lesquelles. De plus, il peut exiger la rectification de données erronées.

16. Réclamations

Veillez adresser vos réclamations à:
Bâloise Assurance SA
Gestion des réclamations
Aeschengraben 21, case postale
CH-4002 Bâle

Téléphone: 00800 24 800 800
Fax: +41 58 285 90 73
E-mail: reclamation@baloise.ch

Conditions contractuelles

Assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie

Abréviations

LACI	loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
LPP	loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
LAPG	loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité
LAI	loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAM	loi fédérale sur l'assurance militaire
LAA	loi fédérale sur l'assurance-accidents
LCA	loi sur le contrat d'assurance

A. Bases

A1

Objet de l'assurance

¹ L'assurance couvre le preneur d'assurance et ses collaborateurs contre les conséquences économiques de l'incapacité de travail pour cause de maladie ou de grossesse.

² Le contrat d'assurance et les conditions contractuelles générales constituent la teneur du contrat.

³ Le contrat est soumis à la LCA.

A2

Événement assuré

¹ On entend par événement assuré l'incapacité de travail calculée en pourcentage de la pleine capacité de travail suite à une maladie. Le degré d'incapacité de travail doit atteindre au moins 25%.

² On entend par maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident, qui nécessite un examen ou un traitement médical ou qui entraîne une incapacité de travail.

³ On entend par incapacité de travail l'incapacité totale ou partielle de fournir le travail pouvant être exigé de façon raisonnable dans la profession ou dans le domaine d'activité exercé jusqu'à présent. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnable pouvant être envisagée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En tant que telles sont considérées les activités qui sont effectivement accessibles à la personne assurée du fait de sa formation et de ses aptitudes physiques et intellectuelles sur le marché du travail concerné.

⁴ En cas d'incapacité de travail survenant en cours de grossesse, les mêmes prestations qu'en cas d'incapacité de travail due à une maladie sont versées.

A3

Prestations assurées

¹ La Bâloise verse, lors de la survenance de l'événement assuré, après expiration du délai d'attente prenant effet lors de la survenance de l'incapacité de travail due à la maladie, une indemnité journalière durant 730 jours maximum. Le délai d'attente convenu contractuellement est déduit de la durée maximum des prestations.

² La part de l'indemnité journalière assurée versée correspond au pourcentage de l'incapacité de travail. Le chiffre E1 demeure réservé.

Lorsque l'Office AI compétent a décidé du degré d'invalidité, l'incapacité de travail est calculée par rapport à celui-ci.

³ La durée maximale des prestations est obtenue indépendamment du degré de l'incapacité de travail en fonction du nombre de jours pendant lesquels les indemnités journalières totales ou partielles ont été perçues.

⁴ Les prestations résultant du présent contrat sont des prestations d'assurance de dommages.

A4

Personnes assurées

¹ Les salariés assurés sont les employés désignés dans le contrat.

² Les groupes de personnes suivants sont assurés uniquement sur la base d'un accord particulier et s'ils sont nommément désignés dans le contrat:

- Les propriétaires exploitants en tant que tels sont les propriétaires d'une entreprise individuelle et les associés responsables de façon illimitée d'une société de personnes.
- Sont assimilés aux propriétaires leurs conjoints, respectivement les partenaires enregistrés ainsi que les parents et enfants.

A5

Couverture territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

B. Couverture d'assurance et prestations assurées

B1

Début de la couverture d'assurance

¹ L'assurance prend effet le jour figurant dans le contrat, au plus tôt cependant le jour de la prise de fonction de la personne assurée chez le preneur d'assurance.

² Pour les personnes qui ne sont assurées que si elles sont nommément désignées au contrat, la couverture d'assurance débute au jour indiqué dans le contrat.

³ Une incapacité de travail donne, quelle que soit la date de survenance de la maladie, droit à des prestations d'assurance si la cause en est une maladie entraînant pour la première fois une incapacité de travail après la prise de fonction ou après la conclusion du présent contrat. Le paragraphe B5 demeure réservé.

⁴ En cas d'incapacité de travail, il est impossible de renoncer à l'indemnité journalière de maladie.

B2

Conditions préalables et durée de fourniture de la prestation

¹ Les prestations ne sont versées qu'en cas d'incapacité de travail d'au moins 25%.

² La durée maximale de la prestation est de 730 jours, déduction faite du délai d'attente convenu et figurant au contrat.

B3

Nouvelles maladies et rechutes

¹ Pour toute nouvelle maladie, les prestations sont versées seulement après expiration du délai d'attente convenu.

² En cas de rechute, un délai d'attente déjà considéré pour la même maladie est imputé et la durée maximale de la prestation réduite de l'indemnité journalière déjà perçue. Deux maladies sont considérées comme étant les mêmes si les symptômes constatés correspondent dans leurs aspects essentiels.

³ Est considérée comme rechute une incapacité de travail liée à une maladie ayant précédemment entraîné le versement d'indemnités journalières pour une incapacité de travail dans le cadre du présent contrat. Cela s'applique si moins de 365 jours se sont écoulés entre le recouvrement de la capacité de travail et la nouvelle survenance d'incapacité de travail liée à la même maladie.

⁴ Dans le cas où plus de 365 jours se sont écoulés, il s'agit d'une nouvelle maladie. La capacité de travail est considérée recouvrée lorsque l'incapacité partielle résiduelle n'atteint pas le degré justifiant les prestations (ch. B2 al. 1).

B4

Épuisement du droit à prestations

¹ Une personne assurée fait l'objet d'un épuisement du droit à prestations, concernant une maladie, lorsque la Bâloise a versé, pour les incapacités de travail liées à cette maladie, le nombre maximum d'indemnités journalières. Aucune nouvelle prestation ne sera versée pour la même maladie. La personne reste assurée dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle pour les maladies non identiques.

² Les propriétaires exploitants ou les personnes assimilées font également l'objet d'un épuisement du droit à prestations lorsqu'ils ont déjà perçu, dans les 900 jours et indépendamment de la maladie justifiant l'incapacité de travail, un nombre d'indemnités journalières correspondant à la durée maximale de prestation. Ces personnes ayant épuisé leur droit à prestations quittent, suite à l'épuisement de leur droit, le cercle des personnes assurées et ne perçoivent de prestations ni pour nouvelle maladie ni pour rechute.

B5

Incapacité de travail avant le début du contrat ou avant la prise de fonction

¹ Dans le cas où l'incapacité de travail est liée à une maladie qui a déjà entraîné, avant le début du contrat ou avant la prise de fonction, une incapacité de travail de la personne assurée,

- les dispositions relatives à la rechute selon le chapitre B3 sont applicables par analogie si moins de 365 jours se sont écoulés entre le recouvrement de la capacité de travail et la nouvelle incapacité de travail.
- les dispositions relatives à la nouvelle maladie selon le chapitre B3 sont applicables par analogie si au moins 365 jours se sont écoulés entre le recouvrement de la capacité de travail et la nouvelle incapacité de travail.

² Les assurés doivent, dans les deux cas, informer la Bâloise en cas d'indemnités journalières versées par un autre assureur pour cette même maladie.

B6

Restrictions préexistantes de la capacité de travail

Les personnes qui, suite à une maladie, un accident ou une infirmité congénitale, perçoivent une rente versée par un assureur privé ou une assurance sociale ou qui ont déposé une demande correspondante et qui travaillent à temps partiel dans l'entreprise assurée du fait d'une atteinte à la santé, sont assurées pour leur capacité de travail résiduelle. Les signes cliniques de la maladie pour laquelle la rente est versée ne sont pas assurés.

B7

Coexistence de plusieurs maladies

Si une incapacité de travail est liée à plusieurs maladies, celles-ci sont évaluées séparément pour le calcul des prestations. Pour chaque maladie, il est déterminé dans quelle mesure elle est la cause de l'incapacité de travail. Un délai d'attente spécifique est calculé pour chacune de ces maladies. Les droits à prestations ainsi obtenus sont cumulés. Indépendamment de la somme obtenue, il sera versé au maximum une indemnité journalière complète.

B8

Atteinte de l'âge de la retraite AVS

¹ La naissance d'un droit à une rente de vieillesse de l'AVS met fin à la couverture d'assurance ainsi qu'au droit aux indemnités journalières résultant d'une incapacité de travail existant à cette date. Exceptions:

- Les personnes ayant reporté la perception de leur rente AVS, qui étaient en pleine capacité de travail à la date de la demande de report et qui font encore partie du cercle des assurés, restent couvertes jusqu'au début du versement de la rente AVS pour les nouvelles maladies. La durée des prestations est limitée à un maximum de 730 jours.
- Pour les personnes qui, après avoir perçu la rente ordinaire ou reportée de l'AVS, continuent de travailler dans la même entreprise assurée, la durée des prestations pour les nouvelles maladies pour lesquelles la Bâloise n'a encore versé aucune prestation, est limitée à un maximum de 180 jours.

² Dans tous les cas, la couverture d'assurance et le droit à prestations prend fin à l'âge de 70 ans révolus.

B9

Prestations en cas de décès du salarié

¹ En cas de décès d'un salarié pendant la durée de versement d'indemnités journalières suite à la maladie qui a déclenché le versement des prestations d'assurance, la Bâloise continue à verser l'indemnité journalière pendant deux mois à compter de la date du décès.

² Les bénéficiaires sont le conjoint survivant ou le partenaire enregistré, à défaut les enfants encore mineurs à la date du décès.

³ En l'absence d'ayants droit, aucune prestation n'est versée.

B10

Fin de la couverture d'assurance

¹ Le contrat peut, moyennant un préavis de trois mois, être résilié par écrit à la date d'expiration mentionnée dans le contrat. En l'absence de résiliation, le contrat est tacitement renouvelé pour une durée d'une année au terme de laquelle il peut à nouveau être résilié moyennant un préavis de trois mois.

² En cas de cessation d'activité du preneur d'assurance, le contrat d'assurance prend fin à cette date.

- ³ La couverture d'assurance prend fin pour les personnes assurées
- en cas de fin du contrat.
 - en cas de sortie du cercle des personnes assurées.
 - au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge de la retraite AVS. Exceptions au paragraphe B8; dans ces cas au plus tard lorsque l'assuré atteint les 70 ans révolus.

⁴ Si la couverture d'assurance prend fin conformément à l'alinéa 3 a) et b) et si une incapacité de travail survient (qu'il s'agisse d'une rechute ou d'une nouvelle maladie) avant expiration de la couverture d'assurance, la Bâloise verse les prestations contractuelles. Cela vaut également dans le cas où la personne assurée quitte l'entreprise assurée pendant le délai d'attente ou la durée de perception des pres-

tations, ou dans le cas où le contrat expire. Excepté si un autre assureur individuel ou collectif est tenu de verser les prestations après le départ de l'assuré de l'entreprise assurée ou à compter de l'expiration du contrat.

B11

Restrictions et exclusions en matière de prestations

Aucune prestation n'est versée:

- en cas d'incapacité de travail liée à une maladie professionnelle selon la LAA ou à des maladies liées à des faits de guerre ou des violations de neutralité ou encore aux effets de rayonnements ionisants. Les problèmes de santé suite à une radiothérapie prescrite par un médecin restent couverts.
- pour les incapacités de travail attestées de plus de 3 jours avant le premier traitement médical.
- lorsque la personne assurée est déjà malade lors de sa prise de fonction et qu'elle devait, au moment de celle-ci, être consciente qu'il fallait s'attendre, avec une forte probabilité, à une incapacité de travail liée à cette maladie dans les six mois suivant sa prise de fonction.
- les incapacités de travail qui surviennent au cours d'un congé non payé ne sont pas couvertes par l'assurance. L'assurance prend à nouveau effet seulement à la date convenue de reprise du travail. En cas d'incapacité de travail survenant au cours des congés et persistante à la date convenue de reprise du travail, le délai d'attente court à compter de la date convenue de reprise du travail.

B12

Calcul des indemnités journalières

¹ Les indemnités journalières sont calculées sur la base du salaire annuel déterminant le calcul de la prime avant la survenance de l'incapacité de travail (allocations pour enfants et familiales comprises). Les éléments de salaire non encore payés et auxquels la personne assurée a droit (par ex. 13^{ème} mois) sont pris en compte. En cas d'éléments de salaire sujets à de fortes variations (par ex. bonus, commissions), la moyenne des 12 derniers mois est prise en compte. 1/365 de ce montant est pris en compte pour le calcul de l'indemnité journalière.

² Pour les salariés payés à l'heure ou à la journée, le 7^{ème} du salaire gagné en une semaine est considéré comme l'indemnité journalière de base.

³ En cas de contrat de travail à durée déterminée de moins d'un an, l'indemnité journalière correspond à 1/365 du montant du salaire convenu pour l'ensemble de la durée de l'emploi. Ce principe s'applique quel que soit le nombre de jours où la personne assurée a travaillé avant la survenance de l'incapacité de travail.

⁴ Pour les personnes nommément désignées au contrat, l'indemnité journalière correspond à 1/365 de la somme des salaires convenue.

Exceptions: si le salaire annuel effectif déclaré à l'AVS est inférieur de plus de 20% à la somme des salaires convenue par contrat, le salaire déclaré à l'AVS sert de base au calcul de l'indemnité journalière. Mais si le salaire conforme à l'usage de la branche et de la localité est supérieur au salaire déclaré à l'AVS, c'est celui-ci qui sert de base. D'une manière générale, la somme des salaires assurée dans le contrat est le montant maximum pris en compte.

Le salaire, conforme à l'usage de la branche et de la localité, est établi à partir de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique. La valeur médiane calculée en tenant compte du temps de travail conforme à l'usage de la branche est déterminante. En cas d'application d'une réduction des prestations, le montant des

primes payées en trop sera remboursé au maximum pour les 2 années d'assurance précédentes.

⁵ L'indemnité journalière calculée au début de l'incapacité de travail reste inchangée pendant toute la durée des prestations. Sont exclues de ce calcul les augmentations de salaire convenues par écrit avant le début de l'incapacité de travail ainsi que l'augmentation de salaire d'apprentis en incapacité de travail avec lesquels un emploi en bonne et due forme a été convenu avant le début de l'incapacité de travail. Dans les deux cas, le salaire augmenté sert de base au calcul de l'indemnité journalière à compter de la date à partir de laquelle il est dû par contrat de travail. Une rechute déclenche un nouveau calcul du niveau de l'indemnité journalière.

C. Prime

C1

Salaire déterminant

¹ Le salaire déterminant à déclarer pour les personnes qui ne sont pas nommément désignées au contrat se calcule de la manière suivante:

- Il faut partir de la somme des salaires de ce groupe de personnes soumis à l'AVS.
- Doivent également être déclarés: les éléments de salaire non assujettis aux cotisations de l'AVS (par ex. les bénéficiaires de rente AVS, les jeunes et les personnes qui sont exonérés de l'obligation de payer des cotisations à l'AVS en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE).
- Ne sont pas à déclarer: les rachats financés par l'employeur dans la prévoyance professionnelle, les gratifications pour ancienneté de service, les salaires des personnes qui font l'objet d'un épuisement du droit à prestations selon le ch. B4 al. 2, ainsi que pour les personnes qui gagnent plus de CHF 300 000.-, la partie de salaire excédant cette somme.

² Le salaire déterminant pour les personnes nommément désignées dans le contrat est le salaire figurant dans le contrat pour ces personnes.

C2

Décompte

¹ Le preneur d'assurance règle la prime provisoire facturée par la Bâloise le premier jour de la période d'assurance (date d'échéance). Le décompte de prime définitif est établi après expiration de l'année d'assurance sur la base de la masse salariale déclarée par le preneur d'assurance. Les avoirs résultant du décompte doivent être réglés dans un délai de 30 jours. Les soldes inférieurs à CHF 20.- ne sont ni réclamés ni décomptés.

² La Bâloise est autorisée à vérifier la masse salariale déterminante déclarée. Elle peut à cet effet consulter tous les documents nécessaires. Le preneur d'assurance est tenu de transmettre à la Bâloise, à la première demande, une copie de la déclaration AVS. Il autorise la Bâloise à consulter les dossiers déposés auprès de la caisse de compensation de l'AVS pour évaluer les cotisations AVS du preneur d'assurance. En cas de violation par le preneur d'assurance de ses obligations selon le présent alinéa, la Bâloise peut résilier le contrat. Le contrat s'éteint dans ce cas 30 jours après réception par le preneur d'assurance de la résiliation. Cela s'applique également lorsque le contrôle démontre que le preneur d'assurance a fait de fausses déclarations.

³ Si le preneur d'assurance omet de déclarer la masse salariale déterminante, la Bâloise est autorisée à procéder à son évaluation. La masse salariale évaluée ne peut excéder la masse salariale prise en compte l'année précédente de plus de 50%. Cette limite ne s'applique pas si la Bâloise démontre selon toute probabilité (par ex. suite à une fusion) que la masse salariale a augmenté de plus de 50% par rapport à l'année précédente.

⁴ Le preneur d'assurance dispose alors d'un délai de 30 jours à compter de la réception de cette évaluation pour demander la rectification du décompte de prime en transmettant a posteriori la déclaration des salaires. La Bâloise établit alors un nouveau décompte de prime définitif. Elle peut facturer un supplément de prime au regard des frais administratifs liés à l'évaluation et à la rectification ultérieure. Ce supplément représente au minimum 5% et au maximum 10% de la prime annuelle définitive.

C3

Ajustement de la prime

¹ La Bâloise peut modifier les primes au début de chaque année d'assurance. Elle en informe le preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant l'expiration de l'année d'assurance en cours.

² Si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec l'augmentation de la prime, il peut résilier la partie concernée par la modification ou le contrat dans son intégralité. La résiliation doit, pour être valable, parvenir à la Bâloise au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance en cours.

D. Obligations

D1

Obligation de déclaration après la survenance de l'événement assuré

¹ Dans le cas où l'on doit s'attendre en raison de la maladie d'une personne assurée à une incapacité de travail entraînant le versement de prestations de la Bâloise, le preneur d'assurance doit en informer à temps la Bâloise à l'aide du formulaire mis à sa disposition. La déclaration peut également être faite par la personne assurée.

² La déclaration est réputée faite à temps si elle parvient à la Bâloise au plus tard à l'expiration du délai d'attente.

³ Pendant la période allant jusqu'à la réception de la déclaration est suspendue l'obligation de prestation de la Bâloise.

D2

Obligation de faire appel à un médecin

¹ En cas d'incapacité de travail survenant suite à une maladie, la personne assurée doit immédiatement faire appel à un médecin, se faire examiner et suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant.

² En cas de demande d'indemnités journalières, la personne assurée doit transmettre à la Bâloise les attestations médicales confirmant l'étendue et la durée de l'incapacité de travail due à la maladie. La personne assurée doit se soumettre de manière régulière (au minimum toutes les 4 semaines) à un suivi ou à un examen médical.

D3

Clarification relative à l'obligation de prestations

¹ La Bâloise peut réclamer à l'assuré la remise des documents suivants:

- Les certificats médicaux qui font également apparaître le diagnostic posé par le médecin;
- Une déclaration par laquelle il libère les médecins, qui le traitent ou qui l'ont traité, de l'obligation de garder le secret professionnel vis-à-vis de la Bâloise au sujet de toutes les questions en rapport avec l'incapacité de travail. Elle demande en particulier de répondre aux questions de la Bâloise en rapport avec l'incapacité de travail dans les activités professionnelles habituelles ou autres.

² La Bâloise peut donner à la personne assurée, par écrit et en lui rappelant les conséquences de la demeure, un délai raisonnable jusqu'à la fin duquel les documents désignés à l'alinéa 1 devront avoir été présentés. L'absence de réponse de la personne assurée dans le délai imparti entraîne l'annulation de l'obligation de prestation.

³ La personne assurée doit se faire examiner à la demande de la Bâloise et aux frais de celle-ci par l'un des médecins désignés par la Bâloise. La personne assurée a le droit de refuser, en invoquant un motif sérieux, un des médecins désignés par la Bâloise. La personne assurée s'engage à libérer le médecin l'examinant du secret professionnel à l'égard de la Bâloise.

⁴ Le chapitre 3 s'applique aussi si la personne assurée séjourne ou réside à l'étranger. La Bâloise peut exiger que l'examen ait lieu en Suisse. Les frais de déplacements qui en découlent à cette occasion sont à la charge de la personne assurée.

D4

Activité pouvant être raisonnablement exigée

¹ Si la personne assurée est en mesure d'exercer une activité que l'on peut raisonnablement exiger d'elle dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité, la Bâloise peut demander, en cas d'incapacité de travail de longue durée, que la personne assurée adapte l'activité exercée jusqu'à présent ou accepte une autre activité. La Bâloise doit en faire la demande à la personne assurée par écrit en lui fixant un délai convenable pour la réorientation professionnelle.

² En l'absence de réponse de la personne assurée dans le délai imparti, la Bâloise peut cesser le versement des prestations.

D5

Adresse de paiement en Suisse

Les destinataires des versements s'engagent à faire part à la Bâloise d'une adresse de paiement en Suisse habilitée à les recevoir. L'obligation de paiement de la Bâloise est suspendue à partir de la date à laquelle la personne assurée quitte le pays jusqu'à celle à laquelle elle indique une adresse de paiement en Suisse. La Bâloise est habilitée à virer les indemnités journalières avec effet libératoire à cette adresse.

D6

Violation d'obligations légales ou contractuelles

Dans la mesure où la violation d'obligations légales ou contractuelles a une incidence sur le montant ou l'étendue des prestations, la Bâloise est autorisée à les réduire ou à les refuser, sauf si le preneur d'assurance, respectivement la personne assurée, prouve que la faute de la violation de ces obligations ne lui incombe pas.

E. Coordination avec les prestations de tiers

E1

Coordination avec les prestations de l'assurance-chômage

Si une personne assurée est considérée sans emploi au sens de l'article 10 de la LACI, la Bâloise verse, en cas d'incapacité de travail

- supérieure à 50%, l'indemnité journalière complète.
- comprise entre 25% minimum et 50% maximum, la moitié de l'indemnité journalière.
- inférieure à 25%, aucune indemnité journalière.

E2

Coordination avec les allocations de maternité

L'obligation de prestation de la Bâloise est suspendue et les délais d'attente en cours sont figés tant qu'une assurée a droit à des allocations de maternité selon les articles 16b et ss LAPG.

E3

Coordination avec d'autres prestations de tiers

¹ Si une personne assurée a droit à des allocations pour enfant ou des allocations familiales, des prestations en espèces selon la LAI, LAA, LAM, LACI, LPP, de la part des assurances correspondantes privées ou sociales à l'étranger ou en Suisse, ou à des prestations d'un tiers responsable, la Bâloise complète, pendant la durée d'existence de tels droits, ces prestations dans le cadre de sa propre obligation de prestation à concurrence de l'indemnité journalière assurée. Aucune indemnité n'est versée dans le cas de rentes de survivants ainsi que d'assurances de sommes selon l'art. 96 LCA.

² Si l'obligation de prestation du tiers n'est pas encore établie, la Bâloise verse ses prestations uniquement sous forme d'avance. En cas d'octroi ultérieur des prestations par le tiers, la personne assurée s'engage à rembourser les prestations concordantes versées. Les avances entraînent un droit correspondant aux prestations de tous les assureurs sociaux concernés à concurrence des prestations avancées.

La Bâloise peut exiger que la personne assurée donne son accord pour que le tiers tenu de verser des prestations les verse directement à la Bâloise à concurrence des prestations avancées par celle-ci. En l'absence d'accord de la personne assurée, la Bâloise peut imputer les prestations d'indemnités journalières restant à verser sur le remboursement de l'avance auquel elle a droit.

³ Les jours durant lesquels la Bâloise ne verse que des prestations partielles du fait de prestations imputables de tiers comptent intégralement pour le calcul de la durée de prestation.

⁴ La personne assurée doit faire valoir le droit à prestations qu'elle a vis-à-vis des tiers auprès de ceux-ci dès que cela est possible selon la législation en vigueur. Si la personne assurée ne fait pas valoir ce droit (par ex. déclaration auprès de l'assurance-invalidité), la Bâloise est en droit de tenir compte des prestations de tiers non réclamées pour le calcul de ses prestations selon les alinéas 1 et 2.

F. Droit de libre passage (dans l'assurance individuelle)

F1

Exercice du droit de libre passage

¹ Si la personne assurée quitte l'entreprise assurée avant l'extinction du présent contrat, elle a le droit pendant trois mois, dans le cas où elle est sans emploi selon l'article 10 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, de contracter une assurance individuelle d'indemnités journalières auprès de la Bâloise (droit de libre passage).

² Le délai d'exercice du droit de libre passage court à compter de la réception de l'information relative à ce droit. Le délai est respecté si la déclaration d'exercice du droit de libre passage parvient à la Bâloise le dernier jour du délai d'exercice du droit de libre passage.

³ Si la personne assurée est dans l'impossibilité, lors de la résiliation du contrat de travail, d'exercer son droit de libre passage parce qu'elle n'est pas considérée sans emploi à cause d'une incapacité de travail, la déclaration d'exercice du droit de libre passage est valable également après expiration du délai de trois mois si elle est transmise immédiatement après le recouvrement d'une capacité de travail d'au moins 50%.

⁴ Le passage dans l'assurance individuelle est possible exclusivement pour les personnes domiciliées en Suisse.

F2

Contrat d'assurance individuelle (personne demandant le libre passage)

¹ Le contrat d'assurance individuelle est conclu sans contrôle de l'état de santé. L'âge d'entrée déterminant est l'âge de l'entrée dans le contrat d'assurance collective de la Bâloise.

² L'indemnité journalière assurable maximale correspond à l'indemnisation de l'assurance-chômage obligatoire. Les décomptes de l'assurance-chômage doivent être transmis à la Bâloise en cas de demande.

³ Le contenu de l'assurance individuelle ainsi que la prime due sont conformes au tarif et aux conditions du contrat à partir desquels la Bâloise propose la conclusion de contrats d'assurance maladie individuelle au moment de l'exercice du droit de libre passage.

⁴ Lors du calcul de la durée maximale de prestation dans l'assurance maladie individuelle, les prestations déjà perçues de l'assurance collective sont déduites dans la mesure où l'incapacité de travail est liée à la même maladie et moins de 365 jours se sont écoulés entre le recouvrement de la capacité de travail et sa nouvelle perte.

⁵ Le délai d'attente dans le cas d'un contrat d'assurance individuelle est de 30 jours minimum, quel que soit le délai prévu dans le contrat existant.

F3

Obligations du preneur d'assurance (employeur)

¹ Le preneur d'assurance est tenu de remettre à tous les salariés qui quittent l'entreprise, au plus tard le dernier jour de travail, la feuille d'information «Information destinée aux salariés qui quittent l'entreprise» qui lui a été transmise par la Bâloise avec le contrat et qui les informe des conditions et modalités du droit de libre passage.

² Le preneur d'assurance doit se faire confirmer la réception de la feuille d'information par les salariés qui quittent l'entreprise.

³ Si le preneur d'assurance omet de remettre de manière probante la feuille d'information, il est tenu de réparer le dommage qui en résulte, si tel est le cas, auprès de la Bâloise.

G. Dispositions générales

G1

Information des assurés

¹ Le preneur d'assurance est tenu par la loi (art. 3 al. 3 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance) d'informer par écrit les personnes assurées de la teneur essentielle du contrat, de ses modifications et de sa dissolution. (Feuille d'information sur le contrat: «Information destinée aux assurés»)

² Si la Bâloise doit répondre des conséquences d'une violation de ces obligations vis-à-vis de tiers, elle peut se retourner contre le preneur d'assurance.

G2

Taxes

Tous les frais liés à une procédure administrative supplémentaire générée par le preneur d'assurance ou la personne assurée sont à la charge de ces derniers. La Bâloise peut également facturer ce genre de frais de manière forfaitaire (taxes). Le montant des frais peut être consulté sur le site de la réglementation des taxes www.baloise.ch

G3

Impôt à la source

Dans la mesure où les dispositions légales obligent la Bâloise à décompter l'impôt à la source sur les revenus de substitution, elle déduit directement les montants d'impôts. L'indemnité au profit de la personne assurée est réduite en conséquence.

G4

Négligence grave

La Bâloise renonce au droit que la loi lui accorde de réduire les prestations lorsque la personne assurée a provoqué la maladie par une négligence grave.

G5

Convention de libre passage

¹ Lorsque des assurés ont droit à des conditions plus favorables en vertu d'une convention de libre passage entre les assureurs d'indemnité journalière en cas de maladie, ces dernières priment.

² Cette convention peut être consultée sur le site www.svv.ch

G6

For

Outre le for ordinaire, les assurés ont la possibilité d'intenter une action en justice contre la Bâloise sur leur lieu de travail.

G7

Relation par rapport à un contrat antérieur

Dans le cas où le présent contrat remplace un contrat antérieur, les prestations perçues au titre du contrat antérieur sont imputées sur les futures prestations.

G8

Monde de sécurité Bâloise

¹ La Bâloise soutient le preneur d'assurance par l'intermédiaire d'une collaboration avec des partenaires externes spécialisés dans la gestion de la santé et des absences dans l'entreprise.

² En cas de prestation, la Bâloise organise et prend en charge, le cas échéant, un case management. Elle soutient la personne assurée et le preneur d'assurance par un suivi personnalisé des cas.

Votre sécurité nous tient à cœur.
www.baloise.ch

Baloise Assurance SA
Aeschengraben 21, case postale
CH-4002 Bâle

Service clientèle 00800 24 800 800
Fax +41 58 285 90 73
serviceclientele@baloise.ch