

# Conditions Complémentaires d'Assurance indemnités journalières (B, BI, C, CI) selon la Loi sur le contrat d'assurance (CCA/LCA)

Édition du 1.7.2005



## Table des matières

Art. 1	Bases juridiques et but
Art. 2	Variantes d'assurance
Art. 3	Cercle des personnes assurées
Art. 4	Début de l'assurance
Art. 5	Prestations
Art. 6	Délai d'attente
Art. 7	Durée des prestations
Art. 8	Début des prestations
Art. 9	Conditions d'octroi des prestations
Art. 10	Surindemnisation
Art. 11	Gain d'assurance
Art. 12	Obligations en cas de sinistre
Art. 13	Domaine de validité
Art. 14	Droit de transfert

### **Art. 1 Bases juridiques et but**

---

1. Sur la base de ses CGA inhérentes à la LCA, l'assureur pratique une assurance indemnités journalières avec différentes variantes, selon l'article 2 ci-après.
2. L'assurance indemnités journalières a pour but de protéger les assurés en premier lieu contre la perte de gain et de salaire en cas d'incapacité de travail par suite de maladie et – si le risque accident est inclus expressément – également par suite d'accident. En outre, les prestations en cas de maternité sont incluses pour une durée de 16 semaines.
3. Les prestations assurées sont mentionnées dans le contrat.
4. Pour toutes les questions qui ne font pas l'objet d'une réglementation particulière dans le cadre de ces Conditions Complémentaires d'Assurance, les dispositions légales de la LCA et/ou les Conditions Générales d'Assurance CGA/LCA de l'assureur sont applicables.
5. Les présentes Conditions Complémentaires d'Assurance sont également applicables à l'assurance collective indemnités journalières, dans la mesure où aucun accord contractuel séparé n'a été convenu.
6. Les dispositions des présentes Conditions Complémentaires d'Assurance sont applicables aux cas de maladie, d'accident et de maternité.

### **Art. 2 Variantes d'assurance**

---

L'assureur offre les variantes suivantes de l'assurance indemnités journalières:

1. Catégorie B: Indemnité journalière en cas de maladie avec début des prestations dès le 4<sup>e</sup> jour.
2. Catégorie BI: Indemnité journalière en cas d'accident avec début des prestations dès le 4<sup>e</sup> jour.
3. Catégorie C: Indemnité journalière différée en cas de maladie avec délai d'attente librement choisi.
4. Catégorie CI: Indemnité journalière différée en cas d'accident avec délai d'attente librement choisi.
5. Les prestations en cas de maternité sont coassurées dans les catégories d'assurance B et C.

### **Art. 3 Cercle des personnes assurées**

---

1. Les personnes dont l'âge se situe entre 15 ans révolus et qui n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans ont la possibilité de conclure une assurance indemnités journalières.
2. L'assurance indemnités journalières expire automatiquement à l'achèvement de la 65<sup>e</sup> année.

### **Art. 4 Début de l'assurance**

---

L'assurance commence dès le jour mentionné dans le contrat ou à la date indiquée dans une attestation écrite de l'assureur relative à la proposition d'assurance.

### **Art. 5 Prestations**

---

Dans les catégories d'assurance B, BI et C, CI, l'assureur accorde une indemnité journalière de maximum CHF 108 000.– par année.

### **Art. 6 Délai d'attente**

---

1. Le délai d'attente convenu est mentionné dans la police d'assurance et calculé par année civile.
2. Les journées d'incapacité de travail partielle ne comptent pas pour des journées complètes.
3. La durée de l'obligation de la poursuite du versement du salaire est imputée sur le délai d'attente.

### **Art. 7 Durée des prestations**

---

1. L'assureur verse l'indemnité journalière durant 720 jours dans une période de 900 jours sous déduction du délai d'attente convenu. En cas de rechute au cours de 365 jours, le délai d'attente est supprimé pour la nouvelle incapacité de travail.
2. Maladie récidivante (rechute)  
Toutefois, la nouvelle survenance d'une maladie/d'un accident est considérée comme un nouveau cas pour ce qui est de la durée des prestations si l'assuré a été apte au travail durant 365 jours après un sinistre.
3. Les prestations en cas de maternité ne sont pas imputées sur la durée maximale des prestations selon l'article 7.1.

4. Les prestations en cas de maternité sont allouées pour une période de 16 semaines dont au moins 14 semaines doivent se situer après l'accouchement. Elles sont versées en référence aux prestations de la Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG), qu'elles viennent compléter. Si des prestations de la LAPG sont octroyées à la demande de la mère en raison d'un séjour hospitalier de l'enfant à partir d'une date ultérieure à celle de la naissance, le droit aux prestations de cette assurance s'ouvre à partir de la date du droit aux prestations de maternité selon la LAPG.
5. Si l'indemnité journalière est réduite par suite d'une surindemnisation ainsi qu'en cas d'incapacité de travail partielle, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

#### **Art. 8 Début des prestations**

---

Dans les catégories d'assurance B, BI et C, CI, l'obligation d'allouer des prestations débute après l'expiration du délai d'attente mentionné dans le contrat.

Le délai d'attente commence à courir dès le 1<sup>er</sup> jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, toutefois au plus tôt 3 jours avant le traitement médical. L'article 12 demeure réservé.

#### **Art. 9 Conditions d'octroi des prestations**

---

Il existe une incapacité de travail lorsque la personne assurée n'est plus capable, partiellement ou entièrement, d'exercer son activité professionnelle à la suite d'un événement assuré.

1. Incapacité de travail d'au moins 50 % effectivement existante et attestée par le médecin traitant ou un chiropraticien.
2. Examen régulier (au moins mensuel) par le médecin traitant ou le chiropraticien, en fonction de la maladie et de son évolution.
3. Pour les personnes exerçant une activité lucrative, attestation d'une perte de gain ou de salaire.
4. Pour les personnes qui n'exercent pas une activité lucrative, l'indemnité journalière assurée est considérée comme prestation.
5. En cas d'incapacité de travail de 50 % au minimum, le droit à une indemnité journalière réduite est existant durant la durée des prestations prévue à l'article 7.1.  
La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

6. Les prestations assurées seront accordées en cas de grossesse et d'accouchement, si, lors de l'accouchement, l'assurée bénéficiait d'une assurance indemnités journalières depuis au moins 360 jours, sans interruption, jusqu'au moment où interviennent les prestations inhérentes à la maternité.

#### **Art. 10 Surindemnisation**

---

La coïncidence avec des prestations d'assureurs sociaux ne doit pas constituer une surindemnisation pour la personne assurée.

La limite de la surindemnisation se situe selon le montant de la prestation assurée conformément aux articles 9.3 et 9.4.

Les prestations d'indemnités journalières sont allouées en complément de celles des assurances sociales.

#### **Art. 11 Gain d'assurance**

---

1. Sont considérées comme gain d'assurance, les prestations qui dépassent la couverture complète de la perte de gain de la personne assurée.  
Sont exceptées les prestations d'assurances de sommes allouées par d'autres assureurs. Une éventuelle obligation pour l'employeur de poursuivre le versement du salaire est prioritaire par rapport aux prestations de l'assurance indemnités journalières. Une imputation de la poursuite du versement du salaire s'applique également explicitement aux assurances collectives.
2. L'assureur est en droit vérifier si les prestations indemnités journalières occasionnent une surindemnisation ou surassurance. À cet effet, il peut demander des documents concernant la perte de revenu et de salaire du membre ou de l'assuré.

#### **Art. 12 Obligations en cas de sinistre**

---

1. Une incapacité de travail doit être annoncée à l'assureur par écrit et dans les cinq jours par le membre assuré individuellement ou par l'employeur pour les assurés collectifs. Le simple retrait d'une feuille de maladie ou d'accident n'est pas réputé déclaration de l'incapacité de travail. L'obligation de déclarer l'incapacité de travail par écrit dans les cinq jours est également valable lorsque l'incapacité de travail survient au cours d'une maladie ou d'un accident.
2. Si l'incapacité de travail n'est pas annoncée dans les cinq jours, le jour de la déclaration est considéré comme premier jour de l'incapacité de travail. L'assureur n'accorde aucune prestation pour la période précédant l'avis tardif. Toutefois, si le retard a lieu sans que la faute puisse en être imputée à l'assuré ou à son représentant légal, l'assureur peut reconnaître le début effectif de l'incapacité de travail en lieu et place du jour de la déclaration.

3. À la demande de l'assuré, l'assureur lui délivre une carte d'indemnité journalière, sur laquelle le médecin peut attester l'incapacité de travail.
4. L'indemnité journalière est versée en principe à la fin de l'incapacité de travail. Au plus tard à la fin du traitement, un certificat médical écrit attestant le degré et la durée de l'incapacité de travail doit être présenté à l'assureur. En cas d'incapacité de travail de longue durée, la personne assurée peut, sur présentation d'attestations médicales, demander des versements mensuels intermédiaires.

#### **Art. 13 Domaine de validité**

---

1. Si une incapacité de travail survient lors d'un séjour à l'étranger, l'indemnité journalière assurée n'est versée que pendant la durée d'un séjour hospitalier stationnaire.
2. Si un assuré dans l'incapacité de travailler souhaite se rendre à l'étranger, il n'a droit aux prestations de l'indemnité journalière que dans la mesure où il a demandé au préalable l'autorisation expresse de l'assureur.
3. Si l'assuré est au service d'un employeur suisse à l'étranger, l'indemnité journalière assurée est accordée. L'assuré devra produire un certificat médical et fera également attester son incapacité de travail par l'employeur.

#### **Art. 14 Droit de transfert**

---

1. Si un assuré sort de l'assurance collective de l'assureur parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur dans un délai de trois mois. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves d'assurance ne peuvent être instituées. L'article 100, alinéa 2 LCA s'applique, en outre, pour les assurés qui sont au chômage.
2. En cas de dissolution des rapports de travail, le preneur d'assurance a l'obligation de renseigner les personnes assurées qui quittent le cercle de l'assurance collective sur le droit de transfert dans l'assurance individuelle et le délai de trois mois.



**EGK-Caisse de Santé**  
Brislachstrasse 2, 4242 Laufon  
T 061 765 51 11, F 061 765 51 12  
info@egk.ch, www.egk.ch