
Assurance facultative d'indemnités journalières

selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Édition de janvier 2017 (version 2017)

Assureur: Sanitas Assurances de base SA

sanitas

Généralités

1 Contenu

- 1 Conformément aux dispositions légales, l'assurance d'indemnités journalières couvre les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident. La couverture accidents peut être exclue.
- 2 L'indemnité journalière et le délai d'attente convenus figurent sur la police.

2 Base légale

Les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ainsi que celles de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMa) et les dispositions d'application s'y rapportant constituent la base de la présente assurance.

3 Sommes d'assurance maximales

Les sommes d'assurance maximales assurables sont fixées par Sanitas.

Définitions

4 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, 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 Maladie / maternité

- 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 qui entraîne une incapacité de travail.
- 2 La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.

6 Accident

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.

Rapports d'assurance

7 Assuré

Est assurée la personne indiquée sur la police.

8 Proposition d'assurance

Pour être admis dans l'assurance ou en cas de modifications d'assurance, il convient de remplir de façon complète et véridique le formulaire de proposition prévu à cet effet et de le remettre à Sanitas.

9 Examen médical d'admission

- 1 Sanitas peut exiger un rapport médical avant l'admission dans l'assurance, voire ordonner un examen médical.
- 2 De plus, Sanitas peut exiger du proposant qu'il se soumette à un examen médical effectué par un médecin-conseil. Elle désigne alors elle-même le médecin. Si le proposant refuse de se soumettre à un examen du médecin-conseil, le droit aux prestations est refusé.

10 Admission sous réserve

- 1 Les maladies et les conséquences d'accidents existant au moment de la proposition d'assurance ou antérieures à cette proposition et qui, comme l'expérience le prouve, sont susceptibles de rechutes, peuvent être exclues de l'assurance par une réserve.
- 2 La réserve vaut à compter du début de l'assurance et expire après 5 ans.
- 3 Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve, à ses frais, que la réserve n'est plus justifiée.
- 4 Si les renseignements sur les maladies et conséquences d'accidents donnés par l'assuré dans la proposition d'assurance sont faux ou incomplets, Sanitas peut appliquer une réserve rétroactive.

11 Droit de passage

- 1 Les dispositions concernant le contrôle de l'état de santé (chiffres 9 et 10) ne s'appliquent pas aux personnes possédant, en vertu des dispositions légales, un droit de passage dans l'assurance d'indemnité journalière de Sanitas (libre passage légal), dans la mesure où l'étendue de la couverture reste la même. À compter du moment où son ancien assureur ou son employeur lui fait état de son droit de libre passage, l'assuré a 3 mois pour faire valoir ce droit.
- 2 Les réserves instaurées par l'ancien assureur sont maintenues en vigueur, et les prestations perçues auprès de l'ancien assureur sont imputées sur la durée des prestations.

12 Début de l'assurance

- 1 L'assurance prend effet au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la signature de la proposition, pour autant que cette proposition soit parvenue au préalable à Sanitas.
- 2 Pour les personnes qui disposent d'un droit légal de libre passage conformément au chiffre 11, l'assurance débute avec la survenance du motif de libre passage, dans la mesure où l'assureur précédent ou l'employeur a fait état dans les délais à l'assuré de son droit de libre passage et que l'attestation de l'assureur précédent est présentée dans les 3 mois.

13 Modification de l'assurance

- 1 Une augmentation de l'indemnité assurée peut être demandée par écrit pour le 1^{er} du mois suivant. Les dispositions concernant la conclusion de l'assurance, en particulier les chiffres 8 à 10, s'appliquent par analogie.
- 2 L'assuré peut demander la réduction de l'assurance par écrit pour la fin d'un mois.

14 Adaptation de l'assurance en cas d'incapacité de travail

Les assurés au chômage peuvent, dans les 30 jours suivant l'annonce auprès de l'assurance chômage, transformer leur assurance d'indemnités journalières en une assurance avec délai d'attente de 30 jours, indépendamment de leur état de santé et en maintenant le montant de l'indemnité.

15 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin:

- en cas de transfert du domicile civil hors de Suisse ou, pour les frontaliers, de cessation de l'activité lucrative en Suisse;
- par résiliation;
- à la survenance d'un motif légal de libre passage;
- en cas d'exclusion;
- en cas d'incapacité totale de travail, quand la durée maximale des prestations est atteinte;
- en cas de décès de la personne assurée.

16 Résiliation

- 1 L'assuré peut résilier son contrat à la fin de chaque semestre du calendrier, en observant un délai de résiliation de 3 mois.
- 2 À l'annonce d'une nouvelle prime, l'assuré peut résilier l'assurance pour la fin du mois précédant celui où la nouvelle prime entre en vigueur, en respectant un préavis d'un mois. Sanitas annonce les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral compétent au moins 2 mois à l'avance.
- 3 Un assuré peut résilier l'assurance à la fin d'un mois s'il se trouve dans l'obligation de s'affilier à l'assurance d'indemnité journalière de son employeur.
- 4 Pour être valable, la résiliation doit être communiquée par écrit à Sanitas et lui parvenir avant le début d'un préavis.

17 Exclusion

- 1 L'assuré peut être exclu lorsque son comportement se révèle abusif ou inexcusable et qu'il ne peut plus être exigé de Sanitas de poursuivre l'assurance dans ces conditions.
- 2 Les motifs graves justifiant l'exclusion existent en particulier quand l'assuré:
 - a donné des renseignements incomplets ou faux dans la proposition d'assurance;
 - n'honore pas, malgré les sommations, ses obligations financières;
 - fait valoir illégalement ou tente de faire valoir illégalement un droit aux prestations de Sanitas.

Prestations

18 Droit aux prestations

- 1 Le droit à l'indemnité journalière naît quand l'assuré est dans l'incapacité partielle ou totale de travailler et que cette incapacité est médicalement certifiée. Le droit aux prestations commence au plus tôt 5 jours avant le premier traitement médical.
- 2 En cas d'incapacité de travail partielle, l'indemnité journalière est calculée en fonction du degré de l'incapacité. Une incapacité de travail de moins de 50% ne donne droit à aucune prestation. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.
- 3 Si la maladie assurée ou l'accident assuré n'est que partiellement la cause de l'incapacité de travail, seule la part correspondante de l'indemnité journalière assurée est prise en charge. Cette part est déterminée sur la base d'un certificat médical ou d'une expertise.
- 4 Si le risque accident est assuré, les prestations versées en cas d'accident sont les mêmes qu'en cas de maladie.

19 Délai d'attente

- 1 Si un délai d'attente a été convenu, aucune indemnité n'est versée pendant cette période. Le délai d'attente commence à la naissance du droit aux indemnités journalières selon le chiffre 18.1.
- 2 Les jours où l'incapacité de travail partielle est d'au moins 50% comptent comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente.
- 3 Le délai d'attente n'est calculé qu'une seule fois par période de 365 jours.

20 Durée des prestations

- 1 L'indemnité journalière assurée est versée, pour une ou plusieurs maladies ou accidents, pendant 730 jours maximum sur une période de 900 jours consécutifs.
- 2 Si l'indemnité journalière est réduite en raison d'une incapacité de travail partielle, les jours pendant lesquels l'indemnité réduite est versée comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée du droit aux prestations.
- 3 Le délai d'attente figurant dans la police est déduit de la durée maximale des prestations, dans la mesure où ce délai est d'au moins 30 jours et qu'il existe une obligation de poursuite du versement du salaire par l'employeur.
- 4 L'assuré n'est pas en droit de renoncer à des prestations pour éviter d'atteindre la durée maximale du droit aux prestations.

21 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations (y compris les prestations pour les incapacités de travail existantes) s'éteint avec la fin de l'assurance.

22 Surindemnisation

- 1 Une surindemnisation de l'assuré résultant du cumul des prestations de cette assurance d'indemnité journalière avec les prestations d'autres assureurs sociaux ou privés est interdite. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que les prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable.
- 2 Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations d'assurance dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches.
- 3 Les prestations sont réduites du montant de la surindemnisation.
- 4 Si l'assuré a conclu une assurance facultative d'indemnité journalière selon la LAMal auprès d'un autre assureur maladie, la limite de surindemnisation valable est celle mentionnée au chiffre 22.2. Si les prestations doivent être réduites, chaque assureur est tenu de verser des prestations dans la proportion de l'indemnité journalière assurée chez lui par rapport au montant total des indemnités assurées.
- 5 Lorsque les indemnités journalières sont réduites par suite d'une surindemnisation, l'assuré a droit à l'équivalent de 730 indemnités journalières complètes. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

23 Chômage

En cas d'incapacité de travail de 50%, les chômeurs ont droit à la moitié de l'indemnité journalière et, en cas d'incapacité de travail de plus de 50%, à une indemnité journalière entière.

24 Maternité

- 1 En cas de maternité et d'accouchement, l'indemnité journalière qui était assurée jusqu'au jour de l'accouchement pendant au moins 270 jours et sans interruption de plus de 3 mois est versée pour une période de 16 semaines. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'augmentation des prestations convenue ultérieurement.

- 2 En cas de maternité, l'indemnité journalière est accordée après une grossesse ayant duré au moins 28 semaines, même si l'enfant n'est pas viable. Au moins huit des 16 semaines doivent être postérieures à l'accouchement.
- 3 Le délai d'attente figurant dans la police est déduit de la durée du droit aux prestations de 16 semaines. Le chiffre 19.3 reste réservé.
- 4 Les prestations de maternité ne sont pas imputées à la durée maximale du droit aux prestations et continuent d'être versées après que cette durée maximale a été atteinte.

25 Prestations à l'étranger

- 1 Si l'incapacité de travail survient à l'étranger, l'indemnité journalière n'est versée que pendant la durée de l'hospitalisation dans le pays de séjour. En cas de transferts et de traitements dans des États tiers, aucune prestation n'est exigible.
- 2 Aucune prestation n'est versée quand l'assuré:
 - se rend à l'étranger alors qu'il se trouve en incapacité de travail;
 - se rend à l'étranger pour un traitement, des soins ou un accouchement.

26 Limitation des prestations

L'indemnité journalière est réduite et, dans les cas particulièrement graves, refusée:

- si l'assuré a aggravé la maladie ou l'accident ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit;
- en cas de violation des obligations incombant à l'assuré, mentionnées aux chiffres 27, 32 et 33. L'assuré doit être mis en demeure auparavant et être informé des conséquences juridiques.

27 Prestations de tiers

- 1 Si l'assuré a conclu auprès d'un autre assureur maladie une assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal, il doit en faire part à Sanitas au plus tard au moment de la survenance d'un cas d'assurance.
- 2 En cas de maladie ou d'accident, l'assuré doit informer Sanitas du genre et de l'étendue des prestations qu'il peut faire valoir à la suite d'actes illicites ou en vertu de dispositions légales.
- 3 Si l'assuré possède un droit aux prestations des assurances obligatoires invalidité (AI), accidents (LAA) ou militaire (AM), Sanitas verse ses prestations subsidiairement à ces assurances sociales.

- 4 Sanitas ne verse ses prestations que si le cas d'assurance a été annoncé dans les délais aux assurances sociales concernées.
- 5 Si une assurance similaire d'indemnités journalières selon la LAMal existe auprès d'un autre assureur, Sanitas réduit ses prestations en cas de surindemnisation en fonction de l'assurance conclue auprès de cet autre assureur.
- 6 Sanitas est subrogée aux droits de la personne assurée envers tout tiers responsable du sinistre assuré dès la survenance de l'événement, jusqu'à concurrence des prestations allouées.
- 7 Si un autre assureur maladie, accidents ou social réduit ses prestations pour des motifs qui autorisent également Sanitas à réduire les siennes, cette dernière ne rembourse pas le déficit résultant des réductions des autres assureurs.
- 8 Si l'assuré a reçu un dédommagement en capital avant le début d'assurance chez Sanitas pour un accident découlant d'un acte illicite ou d'une obligation légale ou contractuelle de tiers, il n'existe pour Sanitas aucune obligation de verser des prestations à l'assuré pour les suites de cet accident, même après une éventuelle période de réserve. Cette disposition s'applique par analogie en cas de maladie.

28 Compensation de prestations et droit au remboursement

- 1 Sanitas peut compenser ses prestations avec des créances envers l'assuré. Ce droit de compensation n'existe pas pour l'assuré.
- 2 L'assuré qui a touché indûment des prestations doit les rembourser à Sanitas.

29 Interdiction de cession et de mise en gage

Les créances envers Sanitas ne peuvent être ni cédées ni mises en gage.

30 Versement des prestations

Si des prestations doivent être versées à l'assuré, celui-ci doit indiquer à Sanitas une adresse de paiement valable en Suisse. Les dispositions d'exception prévues dans le cadre des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes demeurent réservées. Les versements sont effectués en francs suisses.

31 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations s'éteint 5 ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due.

Obligations et justification des prétentions

32 Obligation de coopérer et de déclarer

- 1 L'assuré doit fournir la preuve du manque à gagner non couvert ou de la valeur de la prestation de travail qu'il est dans l'impossibilité d'accomplir. Il doit donner gratuitement à Sanitas tous les renseignements nécessaires à la détermination des prestations. L'assuré qui tombe malade ou est victime d'un accident doit en particulier faire parvenir à Wincare une attestation médicale d'incapacité de travail ainsi que la preuve de la perte de gain et celle d'éventuels frais supplémentaires et diminutions de revenu subies par les proches. Il doit accomplir ces démarches dans un délai de 5 jours ou, en cas de séjour à l'étranger, de 14 jours. Dans des cas particuliers, toute personne et tout service doivent être habilités à divulguer les renseignements nécessaires à l'appréciation du droit aux prestations. Ils doivent notamment communiquer d'éventuelles décisions d'autres assurances sociales et fournir les documents d'éventuels assureurs privés.
- 2 En cas d'accident, l'assuré doit par ailleurs envoyer une déclaration d'accident qui renseigne sur:
 - l'heure, le lieu et les circonstances de l'accident;
 - le médecin traitant ou l'hôpital;
 - le cas échéant, les tiers civilement responsables et les assurances concernées.
- 3 En cas d'annonce tardive inexcusable, le droit aux indemnités journalières débute au plus tôt à la réception de l'annonce.
- 4 Après la fin de l'incapacité de travail, il faut immédiatement informer Sanitas et lui fournir un certificat sur le degré et la durée de l'incapacité de travail.
- 5 L'assuré est tenu de déclarer immédiatement à Sanitas tout changement concernant sa situation personnelle qui influe sur les rapports d'assurance (p. ex. changement de domicile, réduction du revenu).
- 6 Sanitas peut enjoindre l'assuré de se soumettre à un examen médical effectué par un médecin qu'elle aura mandaté à cet effet.

33 Obligation de réduire le dommage

- 1 L'assuré malade ou accidenté doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour accélérer sa guérison et éviter tout ce qui retarde cette dernière. Il doit se conformer aux prescriptions du médecin traitant.

Sanitas est autorisée à contrôler l'application des prescriptions médicales, notamment en effectuant des visites aux malades.

34 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.

35 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 (LPD) et spécialement de l'article 33 de la LPGA et des articles 84 ss de la LAMal.
- 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.

Primes

36 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 d'assurance est résilié avant son expiration, les primes pour la période d'assurance non écoulée sont remboursées.
- 3 L'assuré n'a pas le droit de compenser des primes dues par des prestations à percevoir.

37 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 des primes dues, y compris les frais de sommation, les intérêts moratoires et les frais de poursuite.
- 2 Dans un délai de 4 mois après l'expiration du délai de sommation, l'assuré peut présenter une demande écrite de réactivation du contrat sans nouvel examen de risque. Elle 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 aucun motif.
- 3 Sanitas facture des frais et des intérêts moratoires raisonnables en cas de sommations et de poursuites.