

ASSURANCE COLLECTIVE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

# CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA) SELON LA LCA.

Édition 2023, valable à partir du 01.01.2023

# SOMMAIRE.

## INFORMATION À LA CLIENTÈLE

<b>Panorama de votre assurance indemnité journalière en cas de maladie</b> .....	<b>4</b>
--	----------

## CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE RÉGISSANT L'ASSURANCE COLLECTIVE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE SELON LA LCA

<b>I. Fondements</b> .....	<b>7</b>
Art. 1 Bases du contrat collectif .....	7
<b>II. Étendue de la couverture d'assurance</b> .....	<b>7</b>
Art. 2 Principe .....	7
Art. 3 Preneur d'assurance, personnes assurées, exploitations assurées .....	7
Art. 4 Début, durée et fin du contrat collectif d'assurance .....	7
Art. 5 Résiliation en cas de maladie .....	8
Art. 6 Champ d'application territorial .....	8
Art. 7 Définitions .....	8
<b>III. Prestations assurées</b> .....	<b>9</b>
Art. 8 Contenu .....	9
Art. 9 Exclusion et réductions .....	9
Art. 10 Personnes assurées .....	9
Art. 11 Début et fin de la couverture d'assurance .....	9
Art. 12 Droit de passage dans l'assurance individuelle .....	10
Art. 13 Droit aux indemnités journalières .....	10
Art. 14 Début des prestations et délai d'attente .....	11
Art. 15 Rechute .....	11
Art. 16 Durée des prestations .....	11
Art. 17 Prestations de tiers .....	12
Art. 18 Calcul des prestations .....	12
Art. 19 Indemnité d'accouchement .....	13

<b>IV. Règles de conduite</b> .....	<b>13</b>
Art. 20 Délai d'annonce d'une maladie .....	13
Art. 21 Obligations du preneur d'assurance et des ayants droit .....	13
Art. 22 Recours à un médecin autorisé .....	13
Art. 23 Obligation de réduire l'étendue du dommage .....	14
Art. 24 Conséquences de l'inobservation des règles de conduite .....	14
Art. 25 Impôt à la source .....	14
Art. 26 Compensation et remboursement .....	14
Art. 27 Mise en gage et cession .....	14
<b>V. Prime</b> .....	<b>14</b>
Art. 28 Calcul de la prime .....	14
Art. 29 Décompte de prime .....	14
Art. 30 Paiement de la prime .....	15
Art. 31 Adaptation de la prime .....	15
<b>VI. Participation à l'excédent de primes</b> .....	<b>16</b>
Art. 32 Principe .....	16
Art. 33 Calcul de la participation à l'excédent de primes .....	16
<b>VII. Dispositions complémentaires relatives à l'assurance en cas d'accident</b> .....	<b>16</b>
Art. 34 Contenu .....	16
<b>VIII. Traitement des données</b> .....	<b>17</b>
Art. 35 Traitement des données par SWICA .....	17
<b>IX. Dispositions finales</b> .....	<b>18</b>
Art. 36 Communications .....	18
Art. 37 Interprétation .....	18
Art. 38 Droit applicable et for .....	18

## **CONDITIONS PARTICULIÈRES D'ASSURANCE (CPA) POUR LA RESTAURATION ET L'HÔTELLERIE**

Art. 1 Personnes assurables.....	19
Art. 2 Personnes non assurables.....	19
Art. 3 Affiliation à l'assurance .....	19
Art. 4 Gain assuré.....	19
Art. 5 Délai d'attente et rechute .....	20
Art. 6 Durée des prestations en cas d'accident ou de maladie .....	20
Art. 7 Prestations à l'étranger .....	20
Art. 8 Encaissement et décompte de primes.....	20
Art. 9 Changement d'établissement.....	20
Art. 10 Transfert de l'encaissement de primes de GastroSocial à SWICA .....	20
Art. 11 Respect de la CCNT .....	20

# INFORMATION À LA CLIENTÈLE.

## PANORAMA DE VOTRE ASSURANCE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS DE MALADIE

Chère cliente, cher client,

Le présent document énonce les conditions régissant l'assurance indemnité journalière en cas de maladie de SWICA. En introduction, vous trouverez une vue d'ensemble des principaux aspects de cette assurance. Cette information à la clientèle n'a pas un caractère juridiquement contraignant. Sont déterminantes les Conditions générales d'assurance figurant sur les pages suivantes. Dans la mesure où des Conditions spéciales d'assurance s'appliquent en plus des présentes Conditions générales d'assurance régissant l'assurance collective indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA, des informations spécifiques supplémentaires pour les clients y figurent.

### Qui est l'assureur?

SWICA Assurances SA,  
Römerstrasse 37, 8401 Winterthour.

### Qui est assuré?

Les personnes ou les groupes de personnes mentionnés dans la police d'assurance.

Les personnes âgées de plus de 70 ans révolus ne sont pas assurées.

### Qu'est-ce qui est assuré?

Les maladies entraînant une incapacité de travail de 25% au minimum (article 13). Les troubles de santé dus à une grossesse ou à un accouchement sont assimilés à la maladie.

Une nouvelle incapacité de travailler due à la maladie est réputée être une rechute. L'atteinte à la santé sera considérée comme un nouveau cas de maladie si, jusqu'à la date de sa survenance, la personne assurée avait retrouvé sa pleine capacité de travailler dans les limites de l'horaire de travail convenu au cours d'une période ininterrompue de 365 jours au moins (article 15).

### Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

- › Les maladies entraînant une incapacité de travailler déjà déclarées lors de l'entrée dans l'entreprise assurée ou au début du contrat d'assurance. Demeurent réservées les dispositions de la convention de libre passage entre les assureurs de l'indemnité journalière en cas de maladie.
- › Les accidents.
- › Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilables à des accidents couvertes par la LAA.
- › Les maladies dues à des événements de guerre ou à des attentats ou à la participation à de tels événements.
- › Les atteintes à la santé dues à des rayons ionisants.

### Quelles sont les prestations couvertes par l'assurance indemnité journalière en cas de maladie?

- › Les indemnités journalières à partir d'une incapacité de travailler de 25% au moins (article 13).
- › L'indemnité d'accouchement complémentaire à l'allocation de maternité légale (article 19).

Les diverses prestations figurent dans la police d'assurance.

### **Quelles conditions faut-il remplir pour bénéficier des prestations?**

- › L'incapacité de travailler doit être attestée par un médecin (article 13, alinéa 1).
- › L'incapacité de travailler doit être de 25% au moins (article 13, alinéa 2).
- › Le délai d'attente doit être échu (article 14, alinéa 1).

### **Comment les prestations sont-elles calculées?**

L'indemnité journalière en cas de maladie est calculée sur la base du dernier salaire AVS touché dans l'entreprise avant le début de la maladie (article 18), auquel s'ajoutent les allocations familiales touchées au titre d'allocations pour enfants, de formation ou de ménage, cela dans les limites des usages locaux ou professionnels.

Si un gain annuel est convenu pour des personnes nommément désignées dans la police d'assurance, celui-ci est déterminant. Un gain annuel convenu est considéré comme une assurance de dommages.

Le salaire est converti en un gain annuel, puis divisé par 365.

Le salaire annuel assuré est limité à 250 000 francs par personne, sauf autre arrangement prévu par la police d'assurance. Les prestations de tiers, telles les prestations de l'assurance-invalidité, sont déduites.

### **Quelle est la durée du versement des indemnités journalières?**

La durée est indiquée dans la police d'assurance. Les personnes ayant atteint l'âge de l'AVS touchent des indemnités journalières durant 180 jours au maximum, tous cas d'assurance en cours et futurs confondus. À partir de 70 ans révolus, le droit aux prestations s'éteint (article 16, alinéa 3).

### **Comment le passage dans l'assurance individuelle est-il réglé?**

Les personnes quittant l'entreprise assurée peuvent passer dans l'assurance individuelle sans examen de santé dans les 90 jours (article 12).

Ne bénéficient pas du droit de passer dans l'assurance individuelle les personnes assurées:

- › entrant dans une autre assurance indemnité journalière en cas de maladie;
- › ayant épuisé la durée convenue du droit aux prestations de la présente assurance collective;
- › dont la durée du contrat de travail est limitée à trois mois au plus;
- › occupées occasionnellement en qualité d'auxiliaires;
- › domiciliées hors du territoire de la Suisse ou de la Principauté de Liechtenstein;
- › touchant une rente AVS ou ayant atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS;

- › avec un salaire annuel convenu;
- › qui ne sont plus assurées collectivement à la suite d'une violation de leur obligation d'annonce (résiliation du contrat collectif ou exclusion de l'assurance);
- › convaincues d'une tentative avortée ou aboutie de fraude à l'assurance.

### **Comment la prime est-elle calculée?**

La prime est calculée sur la base des taux de prime et de la somme des salaires assurée figurant dans la police d'assurance.

Si le principe d'une prime provisoire est arrêté, SWICA fixe le montant définitif de la prime à la fin de l'année. Lorsqu'un écart est constaté entre les deux montants, celui-ci est soit remboursé soit facturé, et SWICA adapte en conséquence la prime provisoire pour l'année suivante. Lorsqu'une prime forfaitaire est convenue, aucun décompte n'a lieu.

SWICA se réserve le droit de modifier les taux de prime pour l'année d'assurance suivante (adaptation à l'évolution des prestations ou changement du tarif des primes). Elle en informe le preneur d'assurance au plus tard 30 jours avant l'échéance de la nouvelle prime. En pareil cas, le preneur d'assurance est autorisé à résilier le contrat collectif.

### **Quelles sont les obligations du preneur d'assurance?**

Le preneur d'assurance est tenu:

- › de payer les primes en temps utile et de communiquer la somme totale des salaires effectifs en vue du calcul de la prime définitive (articles 29 et 30);
- › d'informer les personnes assurées de l'étendue de la couverture de leur assurance individuelle;
- › d'informer les personnes assurées des règles de conduite à observer en cas de maladie (articles 21 à 23);
- › d'informer les personnes assurées quittant l'entreprise du droit qui leur est reconnu de passer dans l'assurance individuelle (article 12);
- › d'annoncer à SWICA les éventuels cas de maladie en temps utile (article 20);
- › d'autoriser SWICA à consulter à sa demande les relevés de salaire et la déclaration AVS (article 29);
- › d'informer les personnes assurées sur le traitement des données.

### **Quelles sont les obligations de la personne assurée en cas de maladie?**

La personne assurée est tenue:

- › d'informer immédiatement l'employeur en cas de maladie;
- › de veiller à se faire dispenser les soins médicaux appropriés;
- › de se conformer aux ordres médicaux;

- › de se soumettre à l'examen ou à l'avis de médecins-conseils mandatés par SWICA;
- › de signaler en temps utile à l'assurance-chômage, respectivement à l'assurance-invalidité, l'éventualité d'une demande de prestations;
- › de délier ses médecins traitants actuels ou antérieurs du secret professionnel à l'égard de SWICA;
- › de fournir à SWICA, à sa demande, des renseignements complémentaires (notamment certificats médicaux, expertises, relevés de salaire) et des indications sur des prestations de tiers, ainsi que de l'autoriser à consulter les dossiers officiels ou de tiers (AVS, employeurs, etc.).
- › données relatives au contrat collectif (durée du contrat, prestations assurées, somme des salaires, etc.) saisies dans les systèmes de gestion des contrats et les dossiers physiques relatifs aux polices d'assurance;
- › données relatives aux paiements (date d'encaissement des primes, arriérés de primes, rappels, avoirs, etc.) saisies dans les banques de données d'encaissement;
- › données relatives aux prestations (annonces de cas de maladie ou d'accident de personnes assurées, rapports médicaux, quittances de factures, etc.) saisies dans les dossiers physiques de prestations et les systèmes électroniques de gestion des cas d'assurance.

### Quelle est la durée du contrat collectif?

La durée du contrat collectif est mentionnée dans la police d'assurance. Au terme convenu, le contrat se prolonge automatiquement d'un an, cela d'année en année, sauf résiliation reçue au plus tard trois mois à l'avance par l'une ou l'autre des parties.

Une résiliation par le preneur d'assurance est possible même lorsqu'un cas d'assurance est en cours, mais elle demeure sans incidence sur ce dernier.

### Comment le preneur d'assurance profite-t-il de l'évolution favorable des cas d'assurance?

En cas de conclusion d'une assurance avec participation à un éventuel excédent de primes dégagé dans le cadre du contrat collectif, le preneur d'assurance touche une part dudit excédent au terme de chaque période de trois années d'assurance complètes consécutives.

La participation à l'excédent de primes est calculée selon la formule suivante:

(primes annuelles × part de prime déterminante – prestations d'assurance) × part à l'excédent.

La part de prime déterminante et la part à l'excédent de primes sont mentionnées dans la police d'assurance.

### Quelles sont les données traitées et comment le sont-elles?

Au cours de la période précontractuelle et durant l'exécution du contrat collectif, les données suivantes sont transmises à SWICA:

- › données relatives aux personnes assurées (nom, adresse, date de naissance, sexe, coordonnées bancaires, etc.) saisies dans des fichiers électroniques de clients;
- › données relatives aux propositions d'assurance (réponses aux questionnaires, données sur l'état de santé, rapports médicaux, informations de l'assureur précédent sur le déroulement des cas d'assurance intervenus);

Ces données sont nécessaires à la fois pour contrôler, respectivement évaluer les risques, gérer le contrat collectif et traiter correctement les cas d'assurance. SWICA conserve les données relatives aux cas d'assurance au minimum pendant dix ans après leur règlement. Toutes les autres données sont conservées pendant dix ans après la dissolution du contrat.

Les données peuvent être communiquées à des tiers concernés, à savoir à d'autres assureurs impliqués, ainsi qu'à des autorités, avocats et experts externes mandatés. Elles sont également susceptibles d'être transmises à des fins de détection ou de prévention de cas de fraude à l'assurance. Avec l'accord du proposant ou de la personne assurée, SWICA est autorisée à solliciter et à retransmettre des renseignements utiles auprès d'autorités, d'assureurs privés, d'établissements d'assurances sociales, de médecins et d'hôpitaux.

À des fins de simplification de leurs tâches administratives et de leur travail de marketing, les sociétés rattachées à SWICA Organisation de santé s'accordent mutuellement le droit d'accéder à leurs fichiers de clients (dans un but d'identification de ces derniers) et aux données contractuelles (sans le contenu des propositions, ni les données relatives aux prestations).

### Remarque importante!

Pour plus d'informations, veuillez consulter l'offre, la proposition et la police d'assurance ainsi que les Conditions générales d'assurance (CGA) et les Conditions spéciales (CS).

# CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE RÉGISSANT L'ASSURANCE COLLECTIVE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE SELON LA LCA.

## I. FONDEMENTS

SWICA Assurances SA, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur, dénommée ci-après SWICA, est l'assureur responsable.

L'entité organisationnelle de SWICA compétente est mentionnée sur la police d'assurance. Si vous avez des questions générales à poser, adressez-vous au n° de téléphone gratuit 0800 80 90 80 ou envoyez un e-mail à [swica@swica.ch](mailto:swica@swica.ch)

### ART. 1 BASES DU CONTRAT COLLECTIF

Constituent les bases du contrat collectif:

- a) la police d'assurance;
- b) les Conditions générales d'assurance ainsi que les Conditions spéciales et avenants éventuels;
- c) la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA);
- d) tous les arrangements, par écrit ou sous une autre forme dont la preuve peut être établie par un texte, conclus entre SWICA et le preneur d'assurance<sup>1</sup> ou la personne assurée.

## II. ÉTENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

### ART. 2 PRINCIPE

1. Le contrat collectif peut englober les assurances suivantes:
  - a) l'indemnité journalière en cas de maladie du chef d'entreprise, des membres de sa famille travaillant dans l'exploitation et des membres du personnel;
  - b) l'indemnité journalière en cas d'accident du chef d'entreprise et des membres de sa famille travaillant dans l'exploitation;

- c) l'indemnité d'accouchement de la cheffe d'entreprise, des membres de sa famille travaillant dans l'exploitation et des membres du personnel.
2. Les personnes et prestations assurées sont énumérées dans la police d'assurance.
3. L'assurance indemnité journalière en cas de maladie est une assurance de dommages.

### ART. 3 PRENEUR D'ASSURANCE, PERSONNES ASSURÉES, EXPLOITATIONS ASSURÉES

1. Est réputé être le preneur d'assurance la personne physique ou morale ayant conclu le contrat d'assurance.
2. Est réputé personne assurée l'individu assuré (par exemple le chef d'entreprise ou les collaborateurs).
3. Les exploitations assurées sont énumérées dans la police. Sauf mention contraire, tous les sites et succursales du preneur d'assurance se trouvant en Suisse sont réputés co-assurés.

### ART. 4 DÉBUT, DURÉE ET FIN DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE

1. Le début et la fin du contrat collectif d'assurance sont indiqués dans la police.
2. Jusqu'à la remise de la police d'assurance ou l'acceptation définitive de l'octroi d'une couverture d'assurance, SWICA a le droit de refuser l'admission définitive dans l'assurance, par écrit ou sous une autre forme dont la preuve peut être établie par un texte. Si ce droit est exercé, la couverture d'assurance prend fin dans les trois jours à compter de la réception de l'avis de refus. La prime due est calculée en proportion.

<sup>1</sup> Pour une meilleure lisibilité, seule la forme masculine est utilisée dans ce document. Cela s'applique à tous les termes spécifiques au genre dans le document.

3. Le contrat se prolonge automatiquement d'un an à l'échéance de la durée pour laquelle il a été conclu. Les deux parties au contrat peuvent le résilier à la date de son échéance annuelle. Le délai de résiliation est de trois mois. La résiliation est notifiée par écrit ou sous une autre forme dont la preuve peut être établie par un texte. Si le contrat a été conclu pour une durée inférieure à un an, il s'éteint sans résiliation préalable à l'échéance indiquée dans la police.
4. Les autres motifs d'extinction du contrat collectif sont les suivants:
  - a) la cessation de l'exploitation par le preneur d'assurance;
  - b) le transfert du siège social de l'entreprise à l'étranger;
  - c) l'ouverture de la faillite du preneur d'assurance (à moins que la prime d'assurance ne continue à être payée par un tiers, par exemple l'administrateur de la faillite);
  - d) la disparition du risque.

#### ART. 5 RÉILIATION EN CAS DE MALADIE

1. Le preneur d'assurance est autorisé à résilier le contrat après tout cas de maladie pour lequel SWICA fournit des prestations. Il est tenu de notifier la résiliation par lettre recommandée au plus tard 14 jours après avoir eu connaissance du versement, respectivement aurait pu avoir connaissance de ce dernier. Le contrat collectif s'éteint à la date de la réception de l'avis de résiliation par SWICA.
2. SWICA renonce à son droit de résiliation en cas de maladie, sauf en cas de violation de l'obligation de déclarer, ou de tentative avortée ou aboutie de fraude à l'assurance.

#### ART. 6 CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL

1. Pour les preneurs d'assurance ayant leur siège social en Suisse, l'assurance est valable dans le monde entier. Pour les personnes assurées détachées à l'extérieur du territoire de la Suisse et de celui de la Principauté de Liechtenstein, l'assurance prend fin à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter du début du séjour à l'étranger. L'assurance peut être prolongée sur demande à la condition que les personnes concernées continuent à être couvertes par l'assurance-accidents obligatoire en Suisse (LAA) ou dans la Principauté de Liechtenstein (OUFL).
2. Les dispositions de l'art. 13 al. 6 et 7 sont également applicables aux personnes assurées victimes de maladie.

#### ART. 7 DÉFINITIONS

1. **Maladie:** est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique non imputable à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical, ou encore provoque une incapacité de travailler (art. 3 LPGA).
2. **Incapacité de travail:** est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA). Après trois mois d'incapacité de travail, l'activité susceptible d'être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.
3. **Incapacité de gain:** est réputée incapacité de gain la diminution de tout ou partie des possibilités de gain d'un individu dans son domaine d'activité, cela sur un marché du travail équilibré, cette diminution étant imputable à une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique persistant même après les traitements et mesures de réadaptation susceptibles d'être exigés de lui. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour évaluer l'existence d'une incapacité de gain, laquelle n'est reconnue que si elle n'est objectivement pas surmontable (art. 7 LPGA).
4. Pour les notions de **médecin**, de **personnes exerçant une activité dans le domaine médical** et de **établissements de soins**, les dispositions de la LAA sont applicables.
5. **LAVS** Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (SR 831.10)  
**LPGA** Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (SR 830.1)  
**CGA** Conditions générales d'assurance  
**LACI** Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (SR 837.0)  
**LPP** Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (SR 831.40)  
**LAI** Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (SR 831.20)  
**LAM** Loi fédérale sur l'assurance militaire (SR 833.10)  
**CO** Loi fédérale complétant le Code civil suisse (Livres cinquième: Droit des obligations) (SR 220)  
**LAA** Loi fédérale sur l'assurance-accidents (SR 832.20)  
**LCA** Loi fédérale sur le contrat d'assurance (SR 221.299.1)



### III. PRESTATIONS ASSURÉES

#### ART. 8 CONTENU

SWICA garantit une couverture d'assurance protégeant des conséquences économiques de la maladie et de la maternité dans les limites des prestations convenues.

#### ART. 9 EXCLUSION ET RÉDUCTIONS

1. Ne sont pas assurés:
  - a) les maladies déclarées au moment de l'entrée dans l'entreprise ou au début du contrat d'assurance et privant la personne concernée de sa capacité de travail et de gain dans les limites de son taux d'emploi, à moins que SWICA ne soit tenue de maintenir une couverture d'assurance en vertu de la convention de libre passage entre assureurs;
  - b) les maladies pour lesquelles des indemnités sont touchées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA);
  - c) les accidents, pour autant que l'indemnité journalière en cas d'accident ne soit pas assurée;
  - d) les atteintes à la santé dues à des radiations ionisantes ou à l'énergie nucléaire; en revanche, sont assurées les atteintes à la santé consécutives à des traitements de radiothérapie sur ordre médical pour combattre une maladie prise en charge par l'assurance;
  - e) Les maladies dues à des événements de guerre ou à des attentats ou à la participation à de tels événements. Toutefois, si la personne assurée est surprise par des événements de cette nature à l'étranger, la couverture d'assurance ne s'éteint que 14 jours après le début de leur survenance.
2. En cas d'atteintes à la santé partiellement imputables à des maladies assurées, l'étendue des prestations est fixée proportionnellement aux diverses causes sur la base d'une expertise médicale.
3. Les absences au travail imputables à des examens médicaux ou des traitements ambulatoires ne donnent pas lieu au versement d'une indemnité journalière.
4. En cas de maladie imputable à une négligence coupable de la personne assurée, SWICA renonce à réduire ses prestations.

#### ART. 10 PERSONNES ASSURÉES

1. Sont assurées les personnes ou groupes de personnes mentionnés dans la police, travaillant pour le compte de l'entreprise assurée et qui n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus. Le personnel loué auprès d'entreprises tierces n'est pas assuré.
2. Sont coassurés:
  - › les personnes désignées nommément dans la police et travaillant dans l'entreprise sans figurer dans la comptabilité des salaires (conjoint, enfants, parents du chef d'entreprise);
  - › le personnel de maison occupé dans le ménage du chef d'entreprise.

#### ART. 11 DÉBUT ET FIN DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

1. La couverture d'assurance de l'assuré considéré individuellement commence au jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail conclu avec l'entreprise assurée, mais au plus tôt à la date du début du contrat mentionnée dans ce dernier. Si, toutefois, la personne se trouve dans l'incapacité totale ou partielle de commencer son travail, l'assurance n'entre en vigueur qu'à compter du jour où elle a retrouvé sa capacité complète de travailler au taux d'occupation convenu. Les personnes frappées d'emblée d'une incapacité partielle de travail ou de gain ne sont assurées que dans les limites de leur capacité résiduelle de travail, respectivement de gain.
2. Un examen de santé est exigé pour les personnes nommément désignées avec un gain annuel convenu. SWICA confirme par écrit ou sous une autre forme dont la preuve peut être établie par un texte, le début et l'étendue de la couverture d'assurance.
3. La couverture d'assurance prend fin pour la personne assurée:
  - a) lorsqu'elle quitte l'entreprise assurée;
  - b) à la dissolution du contrat collectif d'assurance;
  - c) lorsqu'elle a atteint l'âge de 70 ans révolus;
  - d) au bout de 24 mois en cas de détachement à l'étranger (soit à l'extérieur du territoire de la Suisse et de la Principauté de Liechtenstein); si la couverture d'assurance est prolongée (selon l'art. 6), elle s'éteint au moment de l'expiration de la couverture d'assurance-accidents obligatoire en Suisse (LAA) ou dans la Principauté de Liechtenstein (OUFL);
  - e) à l'échéance de la durée maximum convenue des prestations;
  - f) en cas de suspension de l'obligation de verser les prestations consécutive à un retard de paiement du preneur d'assurance.

## **ART. 12 DROIT DE PASSAGE DANS L'ASSURANCE INDIVIDUELLE**

1. La personne assurée qui quitte le groupe des assurés est autorisée à passer dans l'assurance individuelle pour autant qu'elle soit domiciliée en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein. Ce même droit de passage lui appartient si le contrat d'assurance est dissout. La personne assurée doit le faire valoir par écrit dans les 90 jours.
2. Lorsqu'une personne assurée quitte le groupe des assurés, le preneur d'assurance est tenu de l'informer par écrit de son droit de passage dans l'assurance individuelle et du délai de 90 jours à observer pour l'exercer. L'information doit être donnée par écrit au plus tard lors de la sortie de l'entreprise assurée.
3. L'assurance individuelle entre en vigueur le lendemain de la sortie du cercle des personnes assurées, respectivement de la dissolution du contrat collectif d'assurance.
4. Lors du passage dans l'assurance individuelle, les prestations d'assurance sont adaptées aux nouvelles conditions. Le dernier salaire assuré sert de base au calcul du salaire couvert dans l'assurance individuelle. Est susceptible d'être assuré au maximum le montant qui serait touché au titre de l'indemnité de l'assurance-chômage. À la demande de la personne assurée, le délai d'attente peut être soit prolongé, soit raccourci (au minimum à 30 jours). Les conditions et tarifs en vigueur sont applicables à l'assurance individuelle. L'âge et l'état de santé au moment de l'admission dans l'assurance collective sont déterminants pour l'assurance maintenue à titre individuel. Les éventuelles réserves (exclusions de couverture) sont reprises.
5. Aucun droit de passage dans l'assurance individuelle n'est reconnu:
  - a) à la personne assurée qui change d'emploi et passe dans l'assurance indemnité journalière collective en cas de maladie de son nouvel employeur, cela pour autant que le nouvel assureur ait l'obligation de garantir le maintien de la couverture d'assurance en vertu de la convention de libre passage entre assureurs;
  - b) en cas de résiliation du contrat collectif et de reprise de celui-ci par un autre assureur, cela pour tout ou partie du même cercle d'assurés;
  - c) aux personnes au bénéfice d'un contrat de travail de durée limitée ne dépassant pas trois mois, ni aux auxiliaires occupés occasionnellement;
  - d) aux indépendants et/ou aux membres de leur famille collaborant avec eux, lorsqu'aucun salaire en espèces ne leur est versé et qu'aucune cotisation AVS n'est acquittée pour eux;

- e) aux personnes touchant une rente AVS ou ayant atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS;
  - f) si la durée des prestations convenues par le contrat collectif d'assurance est épuisée;
  - g) en cas de promesse de couverture limitée dans le temps, sans qu'un contrat collectif d'assurance ne soit venu à chef;
  - h) en cas de résiliation ou d'exclusion en raison d'une violation du devoir d'annonce;
  - i) en cas de tentative avortée ou aboutie de fraude à l'assurance.
6. Si la personne assurée est dans l'incapacité de travailler au moment de quitter l'entreprise assurée, l'ensemble des prestations d'assurance sont mises à la charge de l'assurance collective. Le même principe est applicable lorsque, dans les 180 jours après le passage dans l'assurance individuelle, la personne assurée est victime d'une rechute d'une maladie ayant déjà nécessité un traitement sous l'empire du contrat collectif d'assurance.

## **ART. 13 DROIT AUX INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

1. Il doit y avoir une perte de gain justifiable.
2. Si la personne assurée se trouve dans l'incapacité de travailler et que celle-ci est attestée médicalement, SWICA verse, dans la mesure où ladite incapacité est totale, l'indemnité journalière convenue dans le contrat, toutefois au maximum jusqu'à concurrence de la perte de gain établie.
3. En cas d'incapacité de travail partielle égale ou supérieure à 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de ladite incapacité.
4. Si la personne assurée est au chômage au sens de l'art. 10 LACI (loi fédérale sur l'assurance-chômage et l'indemnité en cas d'insolvabilité), SWICA verse des prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité de chômage perdue. Lesdites prestations sont calculées comme suit:
  - a) en cas d'incapacité de travail de 25 % à 50 %, une demi-indemnité journalière;
  - b) en cas d'incapacité de travail de plus de 50 %, l'indemnité journalière complète.
5. SWICA ne verse aucune indemnité journalière:
  - a) aussi longtemps que la personne assurée touche des prestations de l'assurance-maternité fédérale ou cantonale, ou d'une assurance indemnité d'accouchement privée;
  - b) durant la période d'interdiction légale de travailler suivant tout accouchement intervenant après le 6<sup>e</sup> mois de grossesse.

6. Les étrangers sans permis d'établissement ou permis de séjour annuel en Suisse et qui séjournent à l'étranger perdent tout droit aux prestations à l'échéance du délai durant lequel l'employeur a l'obligation légale de continuer à verser le salaire. Cette règle ne vaut pas en cas de séjour à l'étranger à la demande de l'employeur. Pour les frontaliers provenant des États membres de l'UE/AELE au bénéfice d'un permis G pour frontaliers, ces restrictions ne sont valables qu'en cas de séjour en dehors de leur domicile situé dans un État membre de l'UE/AELE ou les environs immédiats de celui-ci.
7. La personne assurée incapable de travailler qui se rend à l'étranger sans l'accord de SWICA n'a droit à aucune prestation pendant la durée de son séjour à l'étranger.

#### **ART. 14 DÉBUT DES PRESTATIONS ET DÉLAI D'ATTENTE**

1. En cas d'incapacité de travail perdurant au-delà de l'échéance du délai d'attente convenu, SWICA verse à la personne assurée, cela à compter de ladite échéance, l'indemnité journalière fixée jusqu'à concurrence de la perte de gain établie.
2. Le délai d'attente prend naissance le premier jour de l'incapacité de travail d'au moins 25 % médicalement attestée mais, au plus tôt, trois jours avant le premier traitement médical. Les jours d'incapacité de travail d'au moins 25 % comptent comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente.

#### **ART. 15 RECHUTE**

1. Une nouvelle incapacité de travailler due à la maladie est réputée être une rechute. L'atteinte à la santé sera considérée comme un nouveau cas de maladie si, jusqu'à la date de sa survenance, la personne assurée avait retrouvé sa pleine capacité de travailler dans les limites de l'horaire de travail convenu au cours d'une période ininterrompue de 365 jours au moins.
2. En cas de rechute, les jours d'incapacité de travailler de 25 % au moins correspondant aux périodes de maladie antérieures sont pris en considération comme suit:
  - a) en cas de couverture d'assurance préexistante, les jours d'incapacité de travail sont imputés à la durée des prestations ainsi qu'au délai d'attente;
  - b) en l'absence de couverture d'assurance, les jours sont imputés uniquement à la durée des prestations.

3. Les rechutes intervenant après l'extinction de la couverture collective d'assurance ne sont assurées que dans les limites de l'assurance individuelle indemnité journalière existant auprès de SWICA.

#### **ART. 16 DURÉE DES PRESTATIONS**

1. L'indemnité journalière est allouée au maximum pendant la durée fixée dans le contrat collectif. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée des prestations.
2. Si, pendant une période de maladie, une autre maladie se déclare, seul le nombre de jours pendant lesquels l'indemnité journalière est due pour le premier cas est imputé à la durée des prestations.
3. Si la personne assurée se trouve dans l'incapacité de travailler au moment où elle atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS, son droit à toucher des prestations tombe, à moins qu'elle ne prouve que les rapports de travail auraient perduré au-delà de cette échéance si elle n'avait pas été empêchée de travailler. À partir de l'âge ordinaire de la retraite AVS, les indemnités journalières sont versées au maximum durant 180 jours, tous cas d'assurance en cours et futurs confondus, et ce au maximum jusqu'à ce que la personne assurée ait atteint l'âge de 70 ans révolus.
4. Les jours d'incapacité de travail d'au moins 25 % comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations.
5. Après l'extinction de la couverture collective d'assurance, SWICA paie l'indemnité journalière pour les cas de maladie survenus pendant la durée du contrat, cela jusqu'à ce que la personne assurée ait recouvré 75 % au moins de sa capacité de travail ou de gain, cela toutefois au maximum jusqu'à l'écoulement de la durée convenue des prestations.
6. Si une nouvelle maladie survient après l'épuisement de la durée maximale convenue des prestations, la protection d'assurance ne sera accordée pour ce nouveau cas que dans les limites seulement de l'incapacité de travail supplémentaire provoquée par ce dernier et pour autant que la personne assurée ait recouvré dans l'intervalle totalement ou partiellement sa capacité de travail.
7. Si le droit aux prestations selon l'al. 1 est épuisé et qu'une rechute intervient selon l'art. 15 al. 1, SWICA verse l'indemnité journalière au maximum pour la durée pendant laquelle l'employeur est tenu de continuer à payer le salaire, conformément à l'art. 324a CO.

## ART. 17 PRESTATIONS DE TIERS

1. Si, du fait de sa maladie, la personne assurée reçoit des prestations de la part d'assurances étatiques ou professionnelles, ou encore d'un tiers responsable, SWICA complète lesdites prestations dès l'échéance du délai d'attente jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. Les jours durant lesquels la personne assurée touche des prestations réduites en raison de son droit à des prestations de tiers sont comptés comme des jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente. Ces dispositions sont également valables pour les établissements d'assurance ayant leur siège dans la Principauté de Liechtenstein ou d'autres pays étrangers.
2. Tout au long de la période durant laquelle la personne assurée touche des allocations familiales en vertu de la législation cantonale ou fédérale, l'obligation de SWICA de verser des prestations au titre des allocations familiales est suspendue.
3. En cas de versement par SWICA à la personne assurée d'indemnités journalières sous la forme d'avances à bien plaisir afin de couvrir sa perte de gain, cela en lieu et place d'un tiers responsable, ledit versement n'interviendra qu'à la condition que soient cédées par écrit à SWICA les prétentions de la personne assurée et autres ayants droits à l'encontre du tiers concerné à hauteur des avances versées.
4. Aussi longtemps que le droit de la personne assurée à toucher une indemnité journalière ou une rente de la part d'une assurance étatique ou professionnelle n'est pas encore établi, SWICA peut verser à bien plaisir l'indemnité journalière assurée à titre d'avance. Dans ce cas, elle exigera de la personne assurée le remboursement des prestations excédentaires déjà allouées à compter de la date de la naissance du droit à toucher l'indemnité journalière ou la rente de ladite assurance étatique ou professionnelle. Aussi, une avance éventuelle n'est accordée que sous la réserve expresse que SWICA puisse compenser ses propres prestations avec celles de l'assurance-invalidité ou avec le versement d'arriérés d'indemnités journalières ou de rentes dues par d'autres assurances étatiques ou professionnelles. Le remboursement, respectivement la compensation, interviennent à hauteur de la rente AI allouée, respectivement des indemnités journalières ou rentes versées par d'autres assurances étatiques ou professionnelles pour la même période. Ils peuvent intervenir sans que la personne assurée n'ait à établir une procuration supplémentaire. La personne assurée cède à SWICA ses prétentions à l'encontre d'autres assureurs à concurrence des avances versées.

5. En cas de couverture de la perte de gain par plusieurs assurances conclues auprès d'assureurs agréés, SWICA assume, en vertu du présent contrat collectif, uniquement une part proportionnelle des prestations garanties conjointement par tous les assureurs impliqués. Cette disposition n'est pas applicable aux personnes assurées avec un salaire annuel convenu.
6. L'obligation de SWICA de verser des prestations tombe si la personne assurée passe une transaction avec des tiers sans son accord préalable.
7. SWICA n'est pas tenue de verser des prestations si la personne assurée ne fait pas valoir en temps utile une créance contre un tiers ou ne prend aucune disposition pour la recouvrer.
8. La personne assurée est tenue d'informer SWICA sans délai sur la nature et l'étendue de toutes les prestations dues par des tiers.

## ART. 18 CALCUL DES PRESTATIONS

1. Le calcul des indemnités journalières en pour cent est basé sur le dernier salaire AVS perçu avant l'incapacité de travail due à la maladie, auquel s'ajoutent les allocations familiales touchées au titre d'allocations pour enfants, de formation ou de ménage, cela dans les limites des usages locaux ou professionnels. Demeure réservée la possibilité d'une adaptation au cas où ce salaire ne correspondrait plus à la situation de fait (salaire perdu présumé). Ce salaire est converti en un gain annuel, puis divisé par 365. Pour les personnes non soumises à l'AVS, les normes AVS s'appliquent également au calcul de leur salaire, auquel s'ajoutent les allocations familiales touchées au titre d'allocations pour enfants, de formation ou de ménage, cela dans les limites des usages locaux ou professionnels. Les éventuelles augmentations de salaire accordées durant l'incapacité de travail ne sont pas prises en considération. En revanche, les adaptations de salaire et autres modifications des conditions d'engagement convenues à titre individuel sont prises en compte pour autant qu'elles aient été fixées par écrit avant la survenance de l'incapacité de travail.

2. Si le gain est soumis à de fortes fluctuations (par exemple salariés à l'heure, employés temporaires, personnes rémunérées à la commission, auxiliaires occupés irrégulièrement), l'indemnité journalière est calculée comme suit: le salaire AVS perçu au cours des douze derniers mois précédant l'incapacité de travailler (auquel s'ajoutent les allocations familiales touchées au titre d'allocations pour enfants, de formation ou de ménage, cela dans les limites des usages locaux ou professionnels) est converti en un salaire annuel, puis divisé par 365.
3. Tout gain provenant d'une activité lucrative autre que celle exercée pour l'entreprise assurée n'est pas pris en considération.
4. Si un gain annuel est convenu à l'avance, celui-ci prévaut. Un tel gain n'est pas réputé être une «assurance de sommes» mais une «assurance de dommages». SWICA renonce à exiger la preuve de la perte de gain effective jusqu'à concurrence du salaire annuel assuré. Une perte de gain supérieure au salaire annuel convenu n'est pas couverte. En cas de persistance de l'incapacité de gain au-delà de la durée des prestations, le salaire annuel convenu est réduit en proportion.
5. Lorsqu'aucun gain annuel n'a été convenu pour la personne assurée se trouvant en formation, le salaire effectif, respectivement le salaire versé au terme de la formation – qu'il s'agisse de celui en usage dans la branche ou d'une rémunération déjà fixée dans le contrat de travail – sont pris en considération.
6. Sauf convention contraire, le gain est limité à 250 000 francs par personne et par an, respectivement à 1/365<sup>e</sup> de cette somme par jour.
7. Les indemnités journalières calculées sont versées pour chaque jour de l'année civile.

#### **ART. 19 INDEMNITÉ D'ACCOUCHEMENT**

1. Pour autant que la police le prévoit, SWICA paie une indemnité d'accouchement complémentaire à l'allocation de maternité légale pendant le nombre de jours civils convenu, cela pour chaque naissance. Le délai d'attente convenu est imputé à la durée des prestations.
2. Si, au moment de l'accouchement, l'assurée est au bénéfice de l'assurance indemnité d'accouchement depuis moins de 270 jours, ladite indemnité n'est versée que pour 21 jours civils (moins le délai d'attente convenu).

## **IV. RÈGLES DE CONDUITE**

### **ART. 20 DÉLAI D'ANNONCE D'UNE MALADIE**

1. Qui souhaite percevoir des indemnités journalières est tenu de s'annoncer au plus tard dans les cinq jours après l'écoulement du délai d'attente. Toutefois, si ce dernier excède 30 jours, l'annonce doit avoir lieu au plus tard au bout de 30 jours d'incapacité de travail.
2. En l'absence de déclaration ou si celle-ci intervient passé le délai prescrit, la prestation peut être réduite au prorata du montant qui aurait été accordé si la déclaration avait été faite en temps utile.
3. Si la maladie dure plus d'un mois, un certificat établissant le taux et la durée de l'incapacité de travail doit être remis mensuellement à SWICA, laquelle, en pareil cas, acquitte l'indemnité journalière sous la forme de mensualités.

### **ART. 21 OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE ET DES AYANTS DROIT**

1. La personne assurée met tout en œuvre pour aider à établir le diagnostic de la maladie dont il est atteint et de ses suites. Dans le cadre de son devoir de réduire l'étendue du dommage, la personne assurée s'abstient de tout comportement qui serait non seulement incompatible avec son incapacité de travail, respectivement avec la perception d'indemnités journalières, mais encore serait susceptible de compromettre ou de retarder la guérison. La personne assurée s'engage à délier du secret professionnel ses médecins traitants actuels ou antérieurs à l'égard de SWICA.
2. Le preneur d'assurance informe les personnes assurées des règles de conduite à observer en cas de maladie.

### **ART. 22 RECOURS À UN MÉDECIN AUTORISÉ**

1. En cas de maladie, la personne assurée consulte un médecin autorisé et veille à recevoir un traitement adéquat. Elle respecte les prescriptions du médecin et du personnel soignant. Toute personne assurée est tenue de se soumettre à un examen ou à une expertise effectuée par des médecins mandatés par SWICA.
2. SWICA est autorisée à rendre visite aux patients et à recueillir des données supplémentaires. Au nombre de ces dernières figurent notamment des justificatifs et des renseignements, des certificats et rapports médicaux, des décomptes de salaire ou encore des documents officiels.

## **ART. 23 OBLIGATION DE RÉDUIRE L'ÉTENDUE DU DOMMAGE**

1. Les prestations allouées à la personne assurée peuvent être réduites, voire refusées, cela passagèrement ou durablement, dans les circonstances suivantes: en cas de soustraction ou d'opposition à un traitement dont on peut raisonnablement exiger qu'elle s'y soumette, ou à des mesures de réinsertion dans la vie professionnelle garantant d'une amélioration sensible de sa capacité de gain ou d'une nouvelle possibilité de gain. Il en va de même si la personne assurée n'y collabore pas volontairement autant qu'il serait légitime de l'attendre de sa part.
2. La personne assurée incapable de travailler et se trouvant dans l'impossibilité d'être réinsérée dans l'entreprise pour y exercer la profession qui était la sienne jusque-là est tenue de rechercher dans les trois mois un autre domaine d'activité et de s'annoncer auprès de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage.
3. Si la capacité de travail résiduelle n'est pas exploitée, il sera tenu compte dans le calcul de l'indemnité journalière de l'obligation faite à la personne assurée de réduire l'étendue du dommage.
4. Si la personne frappée d'incapacité de travailler ne s'annonce pas à l'assurance-chômage, respectivement à l'assurance-invalidité, SWICA est autorisée à suspendre ou réduire le versement des indemnités journalières. Les éventuelles allocations qui seraient encore versées seront calculées en tenant compte des prestations susceptibles d'être accordées par ces assurances.

## **ART. 24 CONSÉQUENCES DE L'INOBSERVATION DES RÈGLES DE CONDUITE**

Si les devoirs énoncés aux art. 20 à 23 ne sont pas respectés, SWICA est autorisée à réduire, voire refuser ses prestations.

## **ART. 25 IMPÔT À LA SOURCE**

1. Si les prestations d'assurance destinées à la personne assurée sont versées au preneur d'assurance pour qu'il les lui transmette, ce dernier répond du prélèvement de l'impôt à la source et de son paiement, conformément à la loi.
2. Si, malgré tout, SWICA est poursuivie par l'autorité fiscale, elle peut se retourner contre le preneur d'assurance.

## **ART. 26 COMPENSATION ET REMBOURSEMENT**

Si SWICA verse par erreur des indemnités journalières, ces dernières doivent lui être remboursées par le preneur d'assurance, respectivement la personne assurée, à sa demande écrite. Un droit de compensation est reconnu à SWICA mais pas au preneur d'assurance, ni à la personne assurée.

## **ART. 27 MISE EN GAGE ET CESSION**

Les créances envers SWICA ne peuvent être ni cédées ni mises en gage. La cession ou la mise en gage de telles créances ne saurait être invoquée vis-à-vis de SWICA.

## **V. PRIME**

### **ART. 28 CALCUL DE LA PRIME**

Sauf arrangement contraire, le salaire AVS jusqu'à concurrence de 250 000 francs par personne et par an est déterminant pour le calcul de la prime. Les salaires versés à des personnes non soumises à l'AVS sont également à prendre en considération conformément aux normes applicables aux salaires AVS. En cas de salaire annuel convenu, ce dernier est déterminant.

### **ART. 29 DÉCOMPTE DE PRIME**

1. Si une prime provisoire a été convenue, le preneur d'assurance fournit à SWICA les données nécessaires au calcul de la prime dans un délai d'un mois à compter de la réception de la formule de déclaration à remplir. Sur la base de ces données, SWICA établit le montant définitif de la prime.
2. Si le preneur d'assurance néglige de communiquer les données en temps utile, SWICA fixe la prime sur la base d'une estimation. Le preneur d'assurance est autorisé à contester l'estimation faite dans les 30 jours à compter de la réception du décompte. A défaut de contestation, la prime estimée est réputée acceptée.
3. SWICA est autorisée à exiger la production de documents importants de l'entreprise (relevés de salaire, justificatifs, décomptes AVS, etc.) dont, notamment, la copie de la déclaration AVS, dans le but de pouvoir contrôler les données figurant sur la formule de déclaration. SWICA est également autorisée à consulter des documents directement auprès de l'AVS.
4. La prime définitive de l'année précédente est réputée être la nouvelle prime provisoire pour l'année d'assurance suivante.

### **ART. 30 PAIEMENT DE LA PRIME**

1. Sauf convention contraire, la prime est calculée par année d'assurance. Elle est payable d'avance, au plus tard au jour de l'échéance. En cas de paiement fractionné, la totalité de la prime annuelle reste due. À défaut d'autre arrangement, l'échéance principale du paiement est fixée au 1<sup>er</sup> janvier. L'année d'assurance correspond à l'année civile.
2. Si la prime n'est pas acquittée dans le délai imparti, SWICA adresse un rappel, par écrit ou sous une autre forme dont la preuve peut être établie par un texte, au preneur d'assurance dans lequel il le somme de régler son dû dans les 14 jours à partir de la date d'envoi du rappel et attire son attention sur les conséquences du retard de paiement. Si la sommation demeure sans effet, l'obligation de SWICA de verser les prestations pour les cas d'incapacité de travailler en cours est suspendue (suspension de la couverture d'assurance), cela à compter de l'échéance du délai de sommation jusqu'au jour du paiement complet de la prime échue, y compris les intérêts et frais. En outre, SWICA est déliée de son obligation de verser des prestations pour les nouveaux cas de maladie survenant pendant la période de suspension de couverture, cela même en cas de paiement complet de la prime en retard.
3. En cas d'annulation du contrat avant la fin de l'année d'assurance, SWICA rembourse la part de la prime payée se rapportant à la période d'assurance non écoulee. De plus, les acomptes non encore échus ne seront pas réclamés par SWICA. Les dispositions relatives au décompte de prime selon l'art. 29 demeurent réservées.
4. La prime relative à l'année en cours reste néanmoins due dans sa totalité si, au cours de la période d'un an suivant la conclusion du contrat, le preneur d'assurance résilie le contrat à la suite d'un cas de prestation.

### **ART. 31 ADAPTATION DE LA PRIME**

1. SWICA est autorisée à adapter le taux de prime pour la fin d'une année d'assurance en fonction de l'évolution des prestations versées.
2. En cas de modification du tarif de prime, l'adaptation du contrat par SWICA peut prendre effet à compter de l'année d'assurance suivante.
3. SWICA informe le preneur d'assurance des nouveaux taux de prime et de la nouvelle prime au plus tard 30 jours avant l'échéance de l'année d'assurance.
4. En cas de hausse, le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat avec effet pour la fin de l'année d'assurance en cours, soit dans son intégralité, soit uniquement relativement aux prestations pour lesquelles le taux de prime ou la prime sont relevés. S'il exerce ce droit, le contrat s'éteint automatiquement à l'échéance de l'année d'assurance dans son intégralité ou pour les parties spécifiées. La résiliation doit parvenir à SWICA par écrit ou sous une autre forme dont la preuve peut être établie par un texte au plus tard le dernier jour ouvrable de l'année d'assurance en cours (ce n'est pas le cachet de la poste qui fait foi). En cas de résiliation notifiée sous une autre forme, celle-ci doit parvenir à l'accueil de SWICA jusqu'à 17 heures au plus tard le dernier jour ouvrable de l'année d'assurance en cours.
5. Si le preneur d'assurance omet de résilier le contrat en temps utile, son inaction vaut acceptation de l'adaptation du contrat.

## VI. PARTICIPATION À L'EXCÉDENT DE PRIMES

### ART. 32 PRINCIPE

1. Pour autant que la police d'assurance le prévoit, le preneur d'assurance touche une part de l'excédent de primes éventuel dégagé dans le cadre de son contrat. Le droit à l'excédent prend naissance au terme de chaque période de trois années d'assurance complètes consécutives durant lesquelles il est reconnu.
2. Au cas où la part de prime déterminante pour le calcul de l'excédent varie au cours de la période de décompte, elle est pondérée en proportion.
3. Le droit à une participation à l'excédent de primes s'éteint lorsque l'assurance prend fin avant le terme d'une période de décompte.

### ART. 33 CALCUL DE LA PARTICIPATION À L'EXCÉDENT DE PRIMES

1. Les charges liées aux prestations versées pendant la période de décompte sont déduites de la part déterminante des primes acquittées telle qu'elle est fixée dans la police. Si un excédent est dégagé, le preneur d'assurance reçoit la part convenue de celui-ci. Un éventuel solde négatif n'est pas reporté sur la période de décompte suivante.
2. Le décompte est établi au plus tard six mois après l'écoulement de la période de décompte, à condition que les primes pour ladite période aient été acquittées.
3. Si le contrat collectif d'assurance est résilié pour le terme d'une période de décompte et que des cas d'assurance sont encore ouverts, le calcul de la participation à l'excédent est reporté jusqu'à la fin de leur règlement. Toutes les prestations versées après la date de la résiliation du contrat sont prises en compte dans le calcul de la participation à l'excédent.
4. Si, après l'établissement du décompte, il s'avère que des cas d'assurance se rapportant à la période de décompte écoulée sont encore annoncés et que des paiements sont effectués, un nouveau décompte de la participation à l'excédent a lieu. SWICA peut, le cas échéant, exiger le remboursement du trop-payé de la participation à l'excédent déjà versée.

## VII. DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES À L'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT

### ART. 34 CONTENU

1. Pour autant que la police le prévoit, SWICA paie l'indemnité journalière convenue aussi en cas d'accident. L'assurance complémentaire contre les accidents de SWICA englobe une couverture d'assurance contre les conséquences économiques d'accidents, de lésions corporelles assimilables à des accidents et de maladies professionnelles, cela en complément à l'art. 8.
2. Sont assurés les accidents professionnels, les lésions corporelles assimilables à des accidents, les maladies professionnelles et les accidents non professionnels survenant au cours de la période contractuelle de cette assurance complémentaire. Les notions fondamentales telles qu'elles sont définies dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire (LAA) sont applicables.
3. Aucun droit à des prestations d'assurance n'est accordé en cas d'accidents:
  - a) provoqués intentionnellement par l'assuré;
  - b) imputables à des tremblements de terre en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein;
  - c) imputables à des événements de guerre ou à des attentats ou à la participation à de tels événements.

Si la personne assurée est surprise par des événements de cette nature à l'étranger, la couverture d'assurance ne s'éteint que 14 jours après le début de leur survenance. Si la personne assurée est victime d'un détournement d'avion, SWICA paie la totalité des prestations, même si l'aéronef est détourné dans un pays qui est le théâtre d'une guerre. SWICA ne verse aucune prestation si la personne assurée est victime d'un détournement d'avion se produisant plus de 48 heures après l'éclatement d'une guerre.
  - d) survenus dans le cadre d'un service militaire accompli à l'étranger;
  - e) survenus dans le cadre d'une participation à des actes de guerre, à des actions terroristes ou à des délits commis en bande;
  - f) survenus lors de la commission ou d'une tentative de commission d'un crime ou d'un délit. Sont assimilés à ces cas les accidents de conducteurs de véhicules automobiles sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants;
  - g) survenus dans le cadre de la participation à des troubles;



- h) survenus lors de la participation à des rixes ou à des batailles rangées, à moins que la personne assurée n'ait été blessée par les protagonistes sans avoir compté parmi eux ou en portant secours à une personne sans défense;
  - i) survenus lors de la participation à des courses de véhicules à moteur ou à des rallyes, courses d'entraînement comprises;
  - j) imputables à l'exposition à des radiations ionisantes ou à l'énergie nucléaire; en revanche, sont assurées les atteintes à la santé consécutives à des traitements de radiothérapie prescrits par le médecin à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle couverts par l'assurance.
4. En outre, les dispositions des présentes CGA et du contrat d'assurance sont applicables par analogie.

## VIII. TRAITEMENT DES DONNÉES

### ART. 35 TRAITEMENT DES DONNÉES PAR SWICA

1. SWICA se procure et utilise les données personnelles des preneurs d'assurance ou des personnes assurées en conformité avec la loi sur la protection des données en vigueur et ses ordonnances, les lois relatives aux assurances sociales et privées en vigueur et les dispositions de SWICA relatives à la protection des données (Déclaration de protection des données).
2. Sont notamment traitées les données de base et les données contractuelles (par ex. prénom, nom, adresse, NPA, date de naissance, adresse électronique, numéro de téléphone [mobile et fixe], coordonnées bancaires, état civil, nombre d'enfants, données de fondés de procuration, données financières sur les revenus), les données se rapportant à la santé (diagnostics, symptômes, médicaments, opérations subies, etc.), les données relatives aux traitements et aux parcours de soins, les coûts de prestations, les données touchant le statut personnel et social ainsi que les profils de personnalité, les données des autres assureurs, les données des fournisseurs de prestations ou les données sur les dossiers de poursuites pour dettes et faillite.
3. Les données sont traitées dans des buts pour lesquels le preneur d'assurance ou la personne assurée a donné son accord dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance et de la conclusion du contrat d'assurance, dans des buts prévus par les CGA et les CS en vigueur, ainsi que dans des buts que SWICA est autorisée à poursuivre en vertu de la loi en vigueur sur la protection des données et des lois relatives aux assurances sociales et privées en vigueur.
4. SWICA traite en particulier des données dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance en vue de la conclusion d'un contrat d'assurance (entretien de conseil, proposition d'assurance et contrôle de celle-ci, conclusion du contrat, etc.), ainsi que du déroulement du contrat d'assurance (traitement des prestations, communication d'informations, suivi des clients, Customer Journey, soins intégrés, soumission d'offres de produits, marketing, etc.) tout au long des rapports contractuels. Par ailleurs, SWICA évalue les données à des fins statistiques à l'aide de méthodes mathématiques afin de développer et d'améliorer, à partir des connaissances acquises, la qualité et les avantages de ses prestations et de ses produits pour les preneurs d'assurance/personnes assurées actuels, anciens ou potentiels, et d'informer les preneurs d'assurance/personnes assurées. Enfin, SWICA se réserve le droit, dans des cas de suspicion

fondés, de procéder à des investigations à propos d'éventuelles fraudes à l'assurance. Dans un tel contexte de traitement des données, des profils de personnalité peuvent être dressés.

5. SWICA enregistre les données se rapportant aux personnes sous forme électronique ou papier. Elle les traite dans le but de fournir les prestations contractuelles, ainsi que de conseiller les preneurs d'assurance/personnes assurées et d'assurer leur suivi dans la perspective d'une protection d'assurance fiable et adaptée aux besoins.
6. SWICA peut charger des tiers (autres assureurs impliqués, médecins-conseil, autorités, avocats, experts externes, centres de calcul, etc.) de fournir des prestations en faveur du preneur d'assurance ou de la personne assurée. Dans ce contexte, elle est autorisée à leur transmettre des données personnelles en vue de l'accomplissement des tâches confiées. En pareil cas, SWICA exige des tiers qu'ils s'engagent à garder le secret et à respecter les normes légales en matière de protection des données. Les données peuvent également être transmises à des fins de détection ou de prévention d'une fraude à l'assurance.
7. Les données peuvent être échangées pour clarifier s'il y a obligation de verser des prestations au titre de l'assurance indemnité journalière en cas de maladie ou au titre de l'assurance-accidents.
8. D'autres informations concernant le traitement des données figurent dans la Déclaration de protection des données de SWICA. Cette déclaration est applicable tout au long de la durée des rapports contractuels entre SWICA et le preneur d'assurance ou la personne assurée. La Déclaration de protection des données fournit notamment des informations supplémentaires sur les catégories de données traitées, les procédures de traitement des données, leurs finalités et les fondements du traitement des données, ainsi que sur les droits des preneurs d'assurance et des personnes assurées en matière de traitement des données par SWICA, la durée du traitement des données et les délais de conservation des données.

## IX. DISPOSITIONS FINALES

### ART. 36 COMMUNICATIONS

1. Toutes les communications et annonces du preneur d'assurance ou de la personne assurée doivent être adressées à SWICA. Les données de contact sont disponibles sur la police d'assurance. L'assureur reconnaît toutes les communications et annonces de ce type comme étant adressées à lui-même.
2. L'ensemble des changements touchant la situation personnelle ayant un impact sur les rapports d'assurance doivent être communiqués sans délai à SWICA par le preneur d'assurance ou la personne assurée, par écrit ou sous une autre forme dont la preuve peut être établie par un texte.
3. Toutes les communications et annonces de SWICA destinées au preneur d'assurance ou à la personne assurée sont réputées valablement envoyées à la dernière adresse postale en Suisse/adresse électronique connue.

### ART. 37 INTERPRÉTATION

La version originale des présentes CGA est la version en allemand. Les versions française, italienne et anglaise sont des traductions. En cas de différences d'interprétation, le texte allemand fait foi.

### ART. 38 DROIT APPLICABLE ET FOR

1. La présente assurance est soumise exclusivement aux règles du droit matériel suisse, à l'exclusion de la Convention de Vienne sur les contrats de vente, du droit international privé et autres dispositions régissant les conflits de lois.
2. Le preneur d'assurance ou la personne assurée a le choix entre le for ordinaire et celui de son domicile en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein.

# CONDITIONS PARTICULIÈRES D'ASSURANCE (CPA) POUR LA RESTAURATION ET L'HÔTELLERIE.

Dans la mesure où les conditions ci-après ne contiennent aucune stipulation contraire, les Conditions générales et les Conditions particulières d'assurance mentionnées le cas échéant dans la police sont déterminantes.

## ART. 1 PERSONNES ASSURABLES

### a) Travailleurs

1. Les collaborateurs des entreprises membres de GastroSuisse.
2. En dérogation aux art. 10, 11 et 16 des Conditions générales d'assurance, les collaborateurs ayant déjà atteint l'âge de 70 ans révolus restent assurés.
3. Ne sont pas considérés comme travailleurs et ne sont donc pas assurés les propriétaires d'entreprise en tant qu'indépendants, les actionnaires majoritaires, les associés avec majorité du capital social ainsi que les membres de leurs familles collaborant dans l'entreprise mais non mentionnés dans la comptabilité des salaires.

### b) Les propriétaires d'entreprise en tant qu'indépendants ou actionnaires majoritaires ou associés avec majorité du capital social ainsi que les membres de leurs familles collaborant dans l'entreprise mais non mentionnés dans la comptabilité des salaires

1. Les entreprises membres de GastroSuisse, les propriétaires d'entreprise en tant qu'indépendants ou actionnaires majoritaires ou en tant qu'associés avec majorité du capital social ainsi que les membres de leurs familles collaborant dans l'entreprise mais non mentionnés dans la comptabilité des salaires peuvent adhérer à l'assurance avec une inscription correspondante.
2. La procédure d'affiliation ainsi que le gain annuel assurable pour ces personnes sont définis à l'art. 3 et 4 des présentes Conditions particulières d'assurance.
3. La couverture d'assurance prend fin pour la personne assurée lorsqu'elle a atteint l'âge de 70 ans révolus.

## ART. 2 PERSONNES NON ASSURABLES

Musiciens, artistes et disc jockeys.

## ART. 3 AFFILIATION À L'ASSURANCE

### a) Travailleurs

L'affiliation à l'assurance a lieu sans examen de santé.

### b) Les propriétaires d'entreprise en tant qu'indépendants ou actionnaires majoritaires ou associés avec majorité du capital social ainsi que les membres de leurs familles collaborant dans l'entreprise mais non mentionnés dans la comptabilité des salaires

Pour les propriétaires d'entreprise en tant qu'indépendants ou actionnaires majoritaires ou en tant qu'associés avec majorité du capital social ainsi que les membres de leurs familles collaborant dans l'entreprise mais non mentionnés dans la comptabilité des salaires, des examens de santé sont nécessaires.

SWICA confirme par écrit le début et l'étendue de la couverture d'assurance à l'issue des examens de santé.

## ART. 4 GAIN ASSURÉ

### a) Travailleurs

En dérogation à l'art. 18 al. 6 des Conditions générales d'assurance, le gain assuré est limité à 150 000 francs par personne et par an, sauf s'il existe d'autres conventions.

En dérogation partielle de l'art. 18 al. 1 des Conditions générales d'assurance, les allocations familiales touchées au titre d'allocations pour enfants, de formation ou de ménage, cela dans les limites des usages locaux ou professionnels, ne sont pas prises en compte pour le calcul des indemnités journalières en pour cent.

**b) Les propriétaires d'entreprise en tant qu'indépendants ou actionnaires majoritaires ou associés avec majorité du capital social ainsi que les membres de leurs familles collaborant dans l'entreprise mais non mentionnés dans la comptabilité des salaires**

Pour les propriétaires d'entreprise en tant qu'indépendants ou actionnaires majoritaires ou en tant qu'associés avec majorité du capital social ainsi que les membres de leurs familles collaborant dans l'entreprise mais non mentionnés dans la comptabilité des salaires, un gain annuel allant jusqu'à 150 000 francs peut être convenu sauf convention contraire.

**ART. 5 DÉLAI D'ATTENTE ET RECHUTE**

1. Pour les travailleurs, le délai d'attente est calculé par année de travail.
2. Pour les propriétaires d'entreprise en tant qu'indépendants ou actionnaires majoritaires ou en tant qu'associés avec majorité du capital social ainsi que les membres de leurs familles collaborant dans l'entreprise mais non mentionnés dans la comptabilité des salaires, le délai d'attente est calculé par année civile ou par cas. Le délai d'attente convenu est mentionné dans la police.
3. La réapparition d'une maladie est considérée comme une rechute.

En dérogation partielle à l'art. 15 al. 1 des Conditions générales d'assurance, l'atteinte à la santé sera considérée comme un nouveau cas de maladie si, jusqu'à la date de sa survenance, la personne assurée avait retrouvé sa pleine capacité de travailler dans les limites de l'horaire de travail convenu ou de la charge d'engagement au cours d'une période ininterrompue de 180 jours au moins.

**ART. 6 DURÉE DES PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE**

L'indemnité journalière est versée en imputant un délai d'attente éventuellement convenu durant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs, pour une ou plusieurs maladies.

À partir du prélèvement de la rente de vieillesse AVS ou de l'âge ordinaire de retraite AVS, l'indemnité journalière est encore versée pendant 180 jours, au maximum pour tous les cas d'assurance en cours et futurs.

**ART. 7 PRESTATIONS À L'ÉTRANGER**

En dérogation à l'art. 13 al. 6 des Conditions générales d'assurance pour l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA est déterminant ce qui suit:

Les assurés qui tombent malades à l'étranger ont droit aux prestations pendant dix jours. Pour les frontaliers des États membres de l'UE/AELE au bénéfice d'un permis G pour frontaliers, ces restrictions ne sont valables qu'en cas de séjour en dehors de leur domicile situé dans un État membre de l'UE/AELE ou les environs immédiats de celui-ci.

**ART. 8 ENCAISSEMENT ET DÉCOMPTE DE PRIMES**

Le décompte et l'encaissement des primes se font par la Caisse de compensation GastroSocial et ses agences, dans la mesure où l'entreprise est membre de GastroSuisse. Le preneur d'assurance du contrat collectif est débiteur des primes.

Le montant des salaires fixé par décision de la Caisse de compensation GastroSocial est déterminant pour le calcul des primes.

**ART. 9 CHANGEMENT D'ÉTABLISSEMENT**

En cas de reprise d'un nouvel établissement dans un délai de six mois après la remise de l'ancien, la police d'assurance est reportée sur le nouvel établissement.

**ART. 10 TRANSFERT DE L'ENCAISSEMENT DE PRIMES DE GASTROSOCIAL À SWICA**

En cas de résiliation de la qualité de membre auprès de l'association professionnelle GastroSuisse, l'encaissement des primes se fait par SWICA.

Le contrat collectif existant est maintenu sans changement de contenu sous un nouveau numéro de contrat collectif (numéro de décompte).

Cet ajustement ne déclenche pas de droit de résiliation.

**ART. 11 RESPECT DE LA CCNT**

L'étendue des prestations satisfait entièrement aux dispositions de la CCNT pour la restauration et l'hôtellerie.