

grape Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

Cette information vous donne un aperçu du contenu essentiel des assurances concernant le cas d'acquisition conformément à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les droits et obligations des parties contractantes découlent notamment de la proposition/de l'offre, de la police d'assurance, des conditions générales d'assurance (CGA) et de la loi (LCA).

1. Qui sont les assureurs et quels sont les risques couverts ?

Les organismes d'assurance sont ÖKK Versicherungen AG, Landquart (ci-après dénommée ÖKK) et Quantum Leben AG, Vaduz (ci-après dénommée Quantum Leben). ÖKK et Quantum Leben sont toutes deux désignées ci-après par le terme "assureur". Votre proposition d'assurance et la police d'assurance indiquent clairement auprès de quel organisme d'assurance vous êtes assuré, ÖKK ou Quantum Leben.

Les prestations comprennent, sauf définition contraire dans le contrat

- Indemnités journalières pour maladie et accident en cas d'incapacité de travail d'au moins 25 % pendant 730 jours au maximum (limitées à 180 jours en âge AVS)
- Indemnité en cas de décès du travailleur selon l'art. 338 al. 2 du Code des obligations (CO)
- Indemnité d'accouchement en complément de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG)
- Allocation de paternité en complément de la LAPG

grape insurance SA est habilitée à effectuer tous les actes au nom et pour le compte de l'organisme d'assurance.

2. Quelles sont les bases du contrat ?

Les bases du contrat d'assurance sont les suivantes

- la proposition d'assurance, y compris les éventuelles déclarations de santé
- la police d'assurance
- les conditions particulières (CP) mentionnées dans la police d'assurance
- les conditions complémentaires (CC) mentionnées dans la police d'assurance
- les conditions générales d'assurance (CGA)
- la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908

Les conditions particulières ou les conventions qui dérogent aux conditions générales d'assurance et/ou aux conditions complémentaires ou qui les complètent sont mentionnées dans la proposition ou dans la police d'assurance.

3. Qui est assuré ?

Les personnes et les catégories de personnes assurées sont mentionnées dans la proposition et dans la police d'assurance.

4. Quelle est l'étendue de la couverture d'assurance ?

L'assurance perte de gain est une solution d'assurance individuelle et adaptée à vos besoins. Les risques assurés et les prestations fournies par l'assureur, ainsi que l'étendue de la couverture d'assurance que vous souhaitez, découlent de votre proposition ou de votre police d'assurance, ainsi que des dispositions correspondantes des Conditions générales d'assurance, des Conditions complémentaires éventuellement complétées par des Conditions particulières, ainsi que des lois applicables.

L'offre comprend, sauf définition contraire dans le contrat

- Indemnité journalière en cas de maladie et/ou d'accident
- L'indemnité journalière est versée pour chaque jour civil d'une incapacité de travail d'au moins 25% constatée par un médecin. Le droit naît après l'expiration du délai d'attente contractuel et à condition que la personne assurée fasse encore partie du cercle des personnes assurées à ce moment-là.
- Indemnité d'accouchement en complément d'une assurance maternité légale selon la LAPG
- L'organisme assureur verse les prestations convenues pour chaque accouchement pour lequel des prestations sont versées au titre d'une assurance maternité légale.
- Indemnité de paternité en complément d'une assurance paternité légale selon la LAPG.
- Allocation de salaire en cas de décès
- Si une personne assurée décède des suites d'une maladie assurée, l'organisme assureur verse le salaire posthume que le preneur d'assurance doit verser aux survivants au sens de l'art. 338 al. 2 CO.

Il s'agit d'assurances dommages.

L'organisme d'assurance renonce à son droit de réduire les prestations en cas de négligence grave ayant provoqué un accident.

Si l'assureur verse des prestations en lieu et place de tiers, il n'y a pas d'obligation de verser des prestations à l'égard de tiers dans les limites du droit aux prestations.

Si des assureurs sociaux sont tenus de fournir des prestations, les prestations d'indemnités journalières assurées sont réduites du montant des prestations d'assurances sociales (indemnités journalières, rentes, etc.).

Si plusieurs assureurs sont tenus de fournir des prestations, l'assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre sa somme d'assurance et le montant total des sommes d'assurance.

5. Qu'est-ce qui n'est pas assuré, entre autres ?

Aucun droit à des prestations d'assurance n'existe :

- pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur
- en cas de participation à des actes de guerre, à des troubles ou à des événements similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger
- lorsque l'atteinte à la santé survient à la suite de l'exposition à des radiations ionisantes non prescrites par un médecin
- si l'assuré quitte temporairement la Suisse ou son pays de résidence pendant son incapacité de travail, sans l'accord de l'assureur, jusqu'à son retour en Suisse ou dans son pays de résidence
- les conséquences d'actes délictueux, de bagarres ou d'autres actes de violence
- si l'atteinte à la santé a été provoquée intentionnellement (également à la suite d'une tentative de suicide ou d'une automutilation) et qu'il ne s'agit pas d'un droit aux prestations reconnu par la LAA
- en cas de détention préventive, d'exécution d'une peine ou d'une mesure pendant une incapacité de travail
- en cas d'incapacité de travail suite à des opérations qui ne sont pas médicalement indiquées (p. ex. chirurgie esthétique)

6. Quelles sont les primes dues ?

Le montant de la prime due dépend du type d'entreprise, des prestations choisies et de la sinistralité individuelle et collective. La prime due est calculée sur la base du salaire AVS cotisant du groupe de personnes défini, jusqu'à concurrence du salaire maximum fixé dans le contrat d'assurance.

Pour les personnes assurées nommément dans le contrat d'assurance, le salaire annuel convenu dans le contrat d'assurance pour cette personne est déterminant. Une éventuelle prime minimale reste réservée.

La prime est prélevée une fois par an. D'autres modes de paiement sont possibles. Les détails figurent dans la police d'assurance. En cas de résiliation anticipée de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, la prime non utilisée vous est en principe remboursée.

7. Quelles sont vos principales responsabilités ?

Vos obligations découlent de votre police d'assurance, des CGA, des DA, des CC ainsi que de la LCA. Il en résulte notamment

- Vous devez remplir tous les formulaires (p. ex. formulaire de proposition et formulaire de santé) qui font partie de la proposition de manière complète et conforme à la vérité. Dans le cas contraire, l'assureur peut résilier le contrat d'assurance, exclure des personnes assurées du contrat d'assurance, refuser des prestations ou en demander le remboursement.
- Vous devez informer les assurés des éventuelles restrictions de prestations lors de l'entrée dans l'assurance.
- Ils doivent communiquer immédiatement à l'assureur toute modification des faits déclarés dans la proposition et importants pour l'évaluation du risque, qui survient pendant la durée du contrat d'assurance.
- Vous devez informer immédiatement l'organisme assureur des assurances d'indemnités journalières existantes ou nouvellement souscrites auprès d'autres assureurs.
- Vous devez payer les primes à leur échéance. Le non-paiement entraîne l'absence de couverture d'assurance. Même si vous payez la prime après avoir reçu un rappel, il se peut que l'assureur ne doive pas verser de prestations pour les dommages survenus entre-temps.
- A la fin de l'année d'assurance, vous devez communiquer à l'organisme assureur la déclaration de la masse salariale accompagnée des documents nécessaires (déclaration AVS) dans un délai d'un mois.
- Ils doivent déclarer les cas de prestations au plus tard 30 jours après le début de l'incapacité de travail. La déclaration doit être conforme à la vérité. Si la déclaration de maladie intervient plus tard, le délai d'attente ne commence à courir qu'à partir de la réception de la déclaration d'incapacité de travail.
- Vous devez fournir à l'organisme assureur, lors de la déclaration du cas de prestation, toutes les informations nécessaires avec les données médicales et administratives.
- Vous devez permettre à l'organisme assureur de consulter les relevés de salaire sur demande.
- Ils doivent informer les personnes assurées du droit de passage dans l'assurance individuelle au moyen de la fiche d'information "Sortie des collaborateurs" lorsqu'ils quittent l'entreprise.

8. Quand l'assurance commence-t-elle et prend-elle fin ?

Le début et la durée de l'assurance sont indiqués sur la police d'assurance. Si le contrat d'assurance n'est pas résilié à l'expiration de la durée contractuelle, il est reconduit tacitement pour une nouvelle année civile.

Voici les principales possibilités de résiliation du contrat d'assurance :

- par votre résiliation du contrat d'assurance au plus tard trois mois avant l'expiration de la durée convenue
- par votre résiliation du contrat d'assurance dans les 30 jours après avoir été informé que l'assureur adapte les primes en votre défaveur au début de l'année d'assurance suivante.
- la cessation de l'activité commerciale ou le transfert du siège social à l'étranger entraîne la résiliation du contrat d'assurance
- l'organisme d'assurance n'est pas lié par le contrat d'assurance et peut le résilier dans les cas suivants :
 - en cas d'arriérés de primes conformément aux dispositions relatives aux retards de paiement

- si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, vous avez omis de déclarer ou avez inexactement déclaré un fait important que vous connaissiez ou deviez connaître
- si, au cours du contrat d'assurance, vous déclarez ou taisez de manière erronée des faits qui excluraient ou réduiraient l'obligation de l'assureur de fournir des prestations
 - en résiliant le contrat d'assurance si vous ne saviez pas qu'il y aurait une assurance multiple lorsque vous avez conclu le contrat ultérieur. Votre résiliation doit intervenir dans les quatre semaines suivant la découverte de l'assurance multiple. Si vous avez délibérément omis de le déclarer ou si vous avez conclu l'assurance multiple dans l'intention d'en tirer un avantage pécuniaire illicite, l'assureur n'est pas lié par le contrat.

Les organismes d'assurance renoncent à leur droit légal de résilier le contrat d'assurance collective avec vous en cas de sinistre.

9. Quand la couverture d'assurance commence-t-elle et prend-elle fin ?

La couverture d'assurance débute pour l'assuré le jour où les rapports de travail commencent ou le jour où le travailleur a droit à son premier salaire, mais dans tous les cas au moment où il se rend au travail.

Les invalides partiels ou les travailleurs handicapés qui, en raison de leur état de santé, n'exercent qu'une activité à temps partiel dans l'entreprise assurée, doivent disposer de leur pleine capacité de travail pour l'activité à temps partiel convenue le jour où débutent les rapports de travail ou celui où ils ont droit pour la première fois à un salaire, mais en tout cas au moment où ils se rendent au travail.

Pour la personne assurée, la couverture d'assurance prend fin

- à la fin des rapports de travail chez le preneur d'assurance
- en cas de poursuite de l'activité professionnelle à l'âge AVS, à l'âge de 70 ans révolus
- avec l'épuisement définitif du droit aux prestations selon la durée de prestation convenue dans la police d'assurance, sans mise en valeur d'une capacité de gain résiduelle
- en cas de décès
- avec la fin du contrat d'assurance

10. Que se passe-t-il en cas de bonne évolution du sinistre ?

Une participation aux excédents peut être convenue. Si une participation aux excédents est convenue, le preneur d'assurance participe à un éventuel excédent de son contrat d'assurance après trois années d'assurance complètes (= période de décompte).

L'excédent est calculé en déduisant les prestations d'assurance fournies de la part de prime déterminante afférente à la période de décompte. La part de prime déterminante et le système de participation aux excédents sont mentionnés dans la police d'assurance.

Le décompte est établi dès que les primes afférentes à la période de décompte ont été payées et que les sinistres correspondants ont été réglés.

Les pertes ne sont pas reportées sur la période de décompte suivante.

Si, après l'établissement du décompte, des cas de maladie et des suites d'accidents sont déclarés ultérieurement ou si d'autres paiements sont effectués qui tombent dans la période de décompte clôturée, un nouveau décompte de la participation aux excédents est établi. L'assureur peut exiger le remboursement des participations aux excédents déjà versées.

Le droit à la participation aux excédents s'éteint si le contrat d'assurance est résilié avant la fin de la période de décompte.

11. Qu'en est-il de la protection des données ?

Les organismes d'assurance selon le point 1 chargent grape insurance SA de traiter les données personnelles (p. ex. données personnelles, informations sur l'état de santé, vérification des informations fournies dans la proposition, encaissement, traitement des prestations) nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance selon la LCA. Ils utilisent également ces données à des fins de marketing et d'analyses statistiques. De même, des renseignements peuvent être demandés à des tiers (assureurs, médecins, hôpitaux, etc.). Ceci est valable indépendamment de la conclusion du contrat d'assurance.

Les dispositions légales relatives à la protection des données sont prises en compte lors du traitement. Le traitement des données est effectué exclusivement par des personnes qui ont un rapport de travail avec l'organisme d'assurance ou par des personnes qui y sont autorisées dans le cadre d'un engagement de mandat. Les données personnelles ne sont en principe pas transmises à des tiers en dehors de l'assureur selon le point 1. Font exception les cas où une transmission de données est autorisée par la loi ou si la personne assurée a donné son consentement.

Les données sont conservées physiquement et/ou électroniquement dans le cadre de l'obligation légale de conservation et sont protégées contre les accès non autorisés par des mesures techniques et organisationnelles appropriées. Les données personnelles sont conservées au-delà de l'obligation légale de conservation si elles sont nécessaires pour faire valoir et défendre des droits juridiques.

La durée de conservation dépend notamment des délais de prescription légaux ou de la durée pendant laquelle il est possible de faire valoir des droits auprès des assureurs. A l'expiration de l'obligation légale de conservation ou de la conservation extraordinaire, les données personnelles sont détruites. données personnelles sont détruites/effacées.

La personne assurée a le droit de demander les renseignements prévus par la loi concernant le traitement des données la concernant. L'autorisation de traitement des données peut être révoquée à tout moment.