



Assurances individuelles d'indemnités journalières STANDARD et PLUS

Conditions générales d'assurance (CGA)
Information à la clientèle selon la LCA

Information à la clientèle

La présente information à la clientèle donne un aperçu sur l'identité de l'assureur et les principaux éléments du contrat d'assurance selon l'art. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les droits et obligations des parties contractantes découlent de la proposition d'assurance, resp. de la police d'assurance, des Conditions générales d'assurance, ainsi que des lois applicables, en particulier de la LCA.

Qui est l'assureur?

L'assureur est CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA, ci-après dénommée CONCORDIA, dont le siège statutaire est à la Bundesplatz 15, 6002 Lucerne. CONCORDIA est une société anonyme de droit suisse.

Quels sont les risques assurés et quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

L'assurance couvre les conséquences financières inhérentes aux risques suivants:

- maladie et/ou
- accident et/ou
- maternité.

Les risques concrètement assurés ainsi que l'étendue de la couverture d'assurance résultent de la proposition d'assurance, resp. de la police d'assurance ainsi que des Conditions générales d'assurance.

Aucune couverture d'assurance n'existe entre autres pour les incapacités de travail en relation avec:

- la consommation de drogues, l'abus d'alcool et de médicaments;
- le suicide ou tentatives de suicide ou d'automutilations, ainsi que pour les incapacités de travail consécutives à:
 - des thérapies cellulaires, cures d'amaigrissement, ainsi que thérapies de remise en forme;
 - des traitements esthétiques et changements de sexe (ainsi que leurs complications et séquelles).

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- lorsque le preneur d'assurance, resp. l'assuré ne satisfait pas à ses obligations et devoirs vis-à-vis de l'assureur, à moins qu'il ne prouve que cette transgression a eu lieu sans faute de sa part;
- lorsque l'incapacité de travail est provoquée par une négligence grave du preneur d'assurance resp. de l'assuré;
- en cas d'accidents consécutifs à une entreprise téméraire.

Les prestations assurées par le biais de l'Assurance individuelle d'indemnités journalières STANDARD sont réduites des prestations d'autres assurances privées et sociales ainsi que du revenu professionnel pouvant être obtenu dans les limites de ce qui peut être exigé.

D'autres exclusions et réductions résultent des Conditions générales d'assurance.

À combien s'élève la prime?

Le montant de la prime dépend de l'âge, du sexe, de la profession, de l'activité ou du domicile de droit civil de la personne assurée, des risques assurés, du montant de l'indemnité journalière et du délai d'attente, ainsi que de la durée convenue des prestations. Toutes les données relatives à la prime sont indiquées dans la proposition d'assurance, resp. dans la police d'assurance.

Quand la prime doit-elle être payée?

La prime annuelle doit être payée d'avance au 1^{er} janvier de chaque année ou – en cas de paiement par acomptes – au 1^{er} de chaque mois.

Quelles sont les autres obligations de la personne assurée?

- **Obligation de réduire le dommage:** en cas d'incapacité de travail inhérente à une maladie ou un accident, la personne assurée doit se soumettre aussi rapidement que possible à un traitement médical adéquat. Elle est tenue de se conformer aux prescriptions du médecin. Si elle présente une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle, elle est dans l'obligation d'exploiter une éventuelle capacité de travail restante.
- **Obligation de déclarer:** l'événement assuré doit être immédiatement annoncé à CONCORDIA.
- **Obligation de collaborer:** la personne assurée doit fournir à CONCORDIA des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne le cas d'assurance (maladie, accident, maternité) ainsi que sur les maladies et accidents antérieurs, et délie le professionnel de la santé

(médecin, etc.) qui la traite ou l'a traitée du secret professionnel à l'égard de CONCORDIA. Elle est tenue de s'annoncer auprès des assurances sociales entrant en ligne de compte, en particulier auprès de l'office AI, en vue de l'octroi de prestations, si un médecin ou l'assureur le lui ordonne. Elle est tenue de se soumettre, sur ordre de l'assureur, à des examens médicaux supplémentaires.

D'autres obligations résultent des Conditions générales d'assurance, ainsi que de la LCA.

Quand débute l'assurance?

La protection d'assurance produit ses effets aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la proposition d'assurance, au plus tôt cependant le jour du début proposé de l'assurance, resp. le jour indiqué dans la police.

Quelle est la durée du contrat?

L'assurance est conclue pour la durée fixée dans le contrat, pour la fin d'une période d'assurance (année civile) et se renouvelle tacitement d'année en année à l'échéance de la durée du contrat.

Quand prend fin le contrat?

L'assurance prend fin:

- par le décès de la personne assurée;
- par la résiliation;
- par le retrait du preneur d'assurance ou de l'assureur;
- à la perception d'une rente de l'AVS;
- en cas de faillite du preneur d'assurance, à l'ouverture de la faillite;
- lorsque la durée maximale convenue des prestations est atteinte;
- par la cessation de l'activité lucrative resp. de la tenue du propre ménage;
- par le transfert du domicile de droit civil à l'étranger;
- par le transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, dans la mesure où aucun accord écrit contraire n'a été convenu expressément.

Moyennant un préavis de trois mois, l'assurance peut être résiliée par écrit au plus tôt pour la fin de la durée du contrat et ensuite pour la fin de chaque période d'assurance. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du préavis de trois mois.

De plus, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance par écrit en cas de modifications des tarifs de primes pour la fin de la période d'assurance en cours. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours.

De plus, CONCORDIA est en droit de résilier le contrat:

- si un fait important a été omis ou inexactement déclaré (violation de l'obligation de déclarer/réticence).

CONCORDIA peut se départir du contrat:

- si le preneur d'assurance n'a pas payé la prime en souffrance après en avoir été sommé et que CONCORDIA renonce à recouvrer la prime arriérée;
- en cas d'escroquerie à l'assurance.

D'autres éventualités entraînant la fin du contrat résultent des Conditions générales d'assurance ainsi que de la LCA.

Comment CONCORDIA traite-t-elle les données?

CONCORDIA traite des données provenant des documents contractuels ou issues de l'exécution du contrat, et les utilise en particulier pour la détermination de la prime, pour l'appréciation du risque, pour le traitement de cas d'assurance, pour les évaluations statistiques, ainsi qu'à des fins de marketing. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. Dans la mesure nécessaire, CONCORDIA peut transmettre ces données pour traitement aux tiers participant à l'exécution du contrat. CONCORDIA est en outre autorisée à requérir tout renseignement pertinent auprès d'autorités et de tiers, en particulier en ce qui concerne l'évolution du cas d'assurance. Cette autorisation s'applique indépendamment de la conclusion du contrat. La personne assurée a le droit de demander à CONCORDIA les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données qui la concernent.



Assurances individuelles d'indemnités journalières STANDARD et PLUS

Conditions générales d'assurance (CGA)

	Art.		
I. Généralités		VII. Primes	
Bases	1	Tarif de primes	31
Assureur	2	Echéance, paiement des primes	32
II. Étendue de l'assurance		Sommaton, retard dans le paiement	33
Objet de l'assurance	3	Adaptation du tarif de primes	34
Admission dans l'assurance	4	Modification de l'échelonnement des primes	35
Champ d'application territorial	5	VIII. Obligations et justification des prétentions	
III. Possibilités d'assurance		Obligations et devoirs	36
Variantes	6	Justification des prétentions	37
Délais d'attente	7	IX. Restrictions de la protection d'assurance	
Assurance maximale admise	8	Exclusions	38
IV. Définitions		Réduction et refus de prestations	39
Forme masculine et féminine	9	Pluralité d'assurances	40
Assurance de dommage	10	Versement des prestations, surindemnisation et demande de restitution	41
Assurance de somme	11	Avance de prestations et recours	42
Incapacité de travail	12	X. Divers	
Maladie	13	Compensation, cession et mise en gage	43
Accident	14	Exécution	44
Rechute, nouveau cas d'assurance	15	Communications	45
Période d'assurance	16	For	46
V. Début et fin de l'assurance		I. Généralités	
Début de la protection d'assurance	17	1 Bases	
Durée du contrat	18	1.1 Les bases du contrat sont constituées par:	
Police de remplacement	19	1.1.1 les Conditions générales d'assurance (CGA), les éventuelles Conditions complémentaires d'assurance (CCA) ainsi que les dispositions de la police et des avenants éventuels;	
Fin de l'assurance	20	1.1.2 les déclarations écrites que le preneur d'assurance (proposant) et les assurés (les personnes à assurer) font dans la proposition, dans le rapport du médecin consultant et dans d'autres documents.	
Résiliation	21	1.2 Les dispositions divergentes des Conditions complémentaires d'assurance ont la priorité sur ces CGA.	
Renoncement au droit légal de se départir du contrat	22	1.3 Dans la mesure où un état de fait n'est pas réglé expressément dans ces documents, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 est déterminante.	
Extinction du droit aux prestations	23		
VI. Prestations assurées			
Droit aux prestations	24		
Délai d'attente	25		
Durée des prestations	26		
Résidents de courte durée et travailleurs saisonniers	27		
Prestations à l'étranger	28		
Grossesse	29		
Accouchement	30		

2 **Assureur**

L'assureur au sens des dispositions suivantes est CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA, ci-après nommée CONCORDIA, Lucerne.

II. Étendue de l'assurance

3 **Objet de l'assurance**

3.1 Dans le cadre des dispositions ci-après et dans les limites des prestations fixées dans la police, ainsi que dans les éventuelles Conditions complémentaires d'assurance (CCA), l'assureur garantit une protection d'assurance pour les conséquences économiques engendrées par une incapacité de travail par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident.

3.2 L'assurance peut être souscrite en tant qu'assurance de somme (Assurance individuelle d'indemnités journalières PLUS) ou assurance de dommage (Assurance individuelle d'indemnités journalières STANDARD).

4 **Admission dans l'assurance**

4.1 L'assurance peut uniquement être conclue par les personnes exerçant une activité lucrative et celles tenant leur propre ménage.

4.2 L'admission dans l'assurance a lieu avec un examen de l'état de santé.

4.3 En vue de l'admission dans l'assurance ou d'une modification d'assurance, il y a lieu de remplir sincèrement et complètement le formulaire de proposition prévu à cet effet et de l'envoyer à l'assureur. Il en va de même pour les indications complémentaires demandées le cas échéant. L'assureur peut subordonner sa décision au résultat d'un examen médical.

4.4 Si, lors de la conclusion de l'assurance, le proposant ou l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, notamment des maladies ou suites d'accident existant au moment de la proposition d'assurance ou ayant existé antérieurement, l'assureur est alors en droit de résilier le contrat, par écrit, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la violation de l'obligation de déclarer. La résiliation prend effet à la réception de la notification par le preneur d'assurance.

4.5 L'assureur est en droit de mettre des maladies ou suites d'accident sous réserve ou de refuser l'assurance intégralement.

5 **Champ d'application territorial**

5.1 L'assurance est valable dans le monde entier.

5.2 En cas d'incapacité de travail à l'étranger, les prestations assurées ne sont versées que pendant la durée d'un séjour hospitalier.

5.3 Si l'assuré est au service d'un employeur suisse à

l'étranger, les pleines prestations assurées seront accordées. L'assuré devra produire un certificat médical et fera attester son incapacité de travail également par l'employeur.

5.4 Les prestations d'indemnités journalières ne sont accordées qu'en cas de traitements hospitaliers dans le pays de séjour actuel. Aucune prestation ne peut être revendiquée en cas de transferts et de traitements dans des États tiers.

5.5 Lorsque l'assuré se rend à l'étranger en vue d'un traitement, de soins ou d'un accouchement, aucune prestation n'est accordée.

5.6 Pour les frontaliers, un corridor limitrophe de 20 km à partir de la frontière nationale suisse est assimilé à la Suisse.

III. Possibilités d'assurance

6 **Variantes**

6.1 Les variantes d'assurance suivantes peuvent être choisies:

- indemnités journalières en cas de maladie;
- indemnités journalières en cas d'accident;
- indemnités journalières pour les personnes tenant leur propre ménage, en cas de maladie et d'accident.

6.2 Ces variantes d'assurance peuvent être conclues avec différentes durées des prestations.

6.3 Les personnes tenant leur propre ménage ne peuvent souscrire l'assurance d'indemnités journalières qu'en tant qu'assurance de somme (Assurance individuelle d'indemnités journalières PLUS) avec une durée des prestations de 365 jours.

7 **Délais d'attente**

Les assurances d'indemnités journalières peuvent être conclues avec des délais d'attente de différentes durées. Les tarifs de primes correspondants sont déterminants.

8 **Assurance maximale admise**

8.1 L'assureur convient avec le preneur d'assurance de l'indemnité journalière assurée.

8.2 Les personnes tenant leur propre ménage peuvent conclure une indemnité journalière, par tranche de 10, de CHF 10 à CHF 50 au maximum.

8.3 Les montants maximaux ne peuvent pas être dépassés par le cumul de différents contrats d'assurance auprès de l'assureur.

IV. Définitions

9 **Forme masculine et féminine**

La forme masculine choisie dans les présentes CGA et les autres dispositions est également valable pour les personnes de sexe féminin.

10 Assurance de dommage

L'assurance de dommage couvre la perte de gain subie par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident, étant entendu que la poursuite du versement du salaire par l'employeur ainsi que les prestations d'autres assurances privées et sociales ou d'autres débiteurs sont imputées. Le versement de la prestation assurée dépend de la question de savoir, si et dans quelle mesure la personne assurée a subi un dommage par suite de maladie et – si convenu – par suite d'accouchement et d'accident. L'art. 41 s'applique.

11 Assurance de somme

Dans l'assurance de somme, les prestations en cas de maladie et – si convenu – en cas d'accouchement et d'accidents sont versées indépendamment du dommage subi suite à ces cas. Les prestations d'autres assurances privées et sociales ou d'autres débiteurs ne sont pas prises en considération. Une réduction des prestations resp. une prise en considération de la surindemnisation en cas de prestations de tiers n'a pas lieu. Les art. 40 et 41 ne s'appliquent pas.

12 Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail si, en raison d'une maladie assurée ou d'un accident assuré, l'assuré est totalement ou partiellement incapable d'exercer son métier actuel ou une autre activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui. Une autre activité lucrative peut être considérée comme raisonnable lorsqu'elle est adaptée aux connaissances, aux capacités et à l'ancienne situation personnelle de la personne assurée.

13 Maladie

Par maladie, on entend tout trouble de la santé physique ou mentale, indépendant de la volonté de l'assuré et médicalement décelable, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas dû à un accident, à une lésion corporelle assimilée à un accident ou à une maladie professionnelle, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

14 Accident

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire ainsi que les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

15 Rechute, nouveau cas d'assurance

15.1 Les maladies et accidents liés médicalement à d'anciens cas de maladie ou d'accident sont considérés comme rechute.

15.2 Il y a un nouveau cas d'assurance lorsque l'assuré, sur la base de la même cause, n'a été ni traité par un médecin ni totalement ou partiellement incapable de travailler durant au moins 180 jours.

15.3 Lorsqu'un nouveau cas de maladie entraîne, à la suite d'un cas d'assurance avec droit à prestations, une nouvelle incapacité de travail avec une autre origine, alors les deux cas de maladie sont équivalents à un seul cas de maladie en ce qui concerne la durée des prestations, si entre les deux il n'y a pas eu une capacité de travail complète d'au moins 30 jours.

16 Période d'assurance

L'année civile est réputée période d'assurance.

V. Début et fin de l'assurance

17 Début de la protection d'assurance

L'assurance peut être conclue pour le premier jour de chaque mois. La protection d'assurance produit ses effets aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la proposition d'assurance, au plus tôt cependant le jour du début proposé de l'assurance, resp. le jour indiqué dans la police.

18 Durée du contrat

L'assurance est conclue pour la durée fixée dans le contrat, pour la fin d'une période d'assurance (année civile) et se renouvelle tacitement d'année en année à l'échéance de la durée du contrat.

19 Police de remplacement

Lorsqu'une police est remplacée, les prestations touchées antérieurement et limitées contractuellement soit dans le temps soit par un montant maximum sont imputées sur le droit aux prestations futures.

20 Fin de l'assurance

20.1 L'assurance prend fin:

20.1.1 par le décès de l'assuré;

20.1.2 par la résiliation;

20.1.3 par le retrait du preneur d'assurance ou de l'assureur (art. 33.2);

20.1.4 à la perception d'une rente de l'AVS;

20.1.5 en cas de faillite du preneur d'assurance, à l'ouverture de la faillite;

20.1.6 lorsque la durée maximale convenue des prestations est atteinte;

20.1.7 par la cessation de l'activité lucrative resp. de la tenue du propre ménage;

20.1.8 par le transfert du domicile de droit civil à l'étranger;

20.1.9 par le transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, dans la mesure où aucun accord écrit contraire n'a été convenu expressément.

20.2 Le preneur d'assurance, resp. l'assuré est tenu d'informer immédiatement par écrit l'assureur lorsqu'un des événements cités aux art. 20.1.7 à 20.1.9 survient. Si cette communication n'est pas faite, l'assureur n'est plus lié par le contrat.

21 Résiliation

21.1 Moyennant un préavis de trois mois, l'assurance peut être résiliée au plus tôt pour la fin de la durée du contrat et ensuite pour la fin de chaque période d'assurance (art. 16).

21.2 De plus, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance en cas de modifications des tarifs de primes selon les dispositions de l'art. 34.

21.3 La résiliation doit être déclarée par écrit. Elle est donnée dans les délais impartis lorsque l'assureur resp. le preneur d'assurance la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du délai de résiliation.

22 Renoncement au droit légal de se départir du contrat

L'assureur renonce expressément à user du droit que lui confère la loi, de résilier le contrat après la survenance d'un événement assuré, à moins que le preneur d'assurance, resp. l'assuré n'ait commis une réticence ou qu'il n'ait fait ou tenté de faire un usage abusif de l'assurance.

23 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations (y compris les prestations pour des incapacités de travail existantes) s'éteint à la fin de l'assurance. La demande de restitution de l'assureur en cas de violation de l'obligation de déclarer demeure réservée.

VI. Prestations assurées

24 Droit aux prestations

24.1 Le droit aux prestations prend naissance lorsque la personne assurée est totalement ou partiellement en incapacité de travail, conformément à la constatation médicale, et que l'incapacité de travail a existé pendant une durée supérieure au délai d'attente fixé dans le contrat. Le droit aux prestations existe au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical et au maximum pendant la durée convenue des prestations.

24.2 En cas d'incapacité partielle de travail, la prestation est calculée en fonction du degré de l'incapacité de travail. Une incapacité de travail inférieure à 50% ne donne pas droit aux prestations.

24.3 Si l'incapacité de travail n'est due qu'en partie à la maladie ou à l'accident, l'assureur n'allouera que la part correspondante des prestations. L'art. 24.2 s'applique également dans ce cas.

25 Délai d'attente

25.1 Le délai d'attente commence à courir le premier jour de l'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical.

25.2 Les jours d'incapacité partielle de travail d'au moins 50% sont comptés comme jours d'incapacité totale de travail pour le calcul du délai d'attente.

25.3 Le délai d'attente est calculé séparément pour chaque cas d'assurance.

25.4 Lorsqu'un nouveau cas de maladie entraîne, à la suite d'un cas d'assurance avec droit à prestations, une nouvelle incapacité de travail dont l'origine est autre ou identique, alors les deux cas de maladie sont équivalents à un seul cas de maladie en ce qui concerne le délai d'attente, si entre les deux il n'y a pas eu une capacité de travail complète d'au moins 30 jours.

26 Durée des prestations

26.1 Les prestations assurées sont versées pour la durée convenue contractuellement.

26.2 Lorsque des prestations réduites sont versées par suite d'une incapacité partielle de travail ou en raison de prestations de tiers, les jours avec une prestation réduite sont considérés comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations.

26.3 L'assuré ne peut pas empêcher l'expiration de la durée maximale convenue des prestations en renonçant aux prestations.

26.4 Les délais d'attente sont imputés à la durée maximale des prestations.

27 Résidents de courte durée et travailleurs saisonniers

Pendant la saison intermédiaire, les résidents de courte durée et les travailleurs saisonniers n'ont pas droit à des prestations. Lors de la nouvelle saison, les prestations sont versées après le début de la saison au taux de l'année précédente, dans la mesure où il est prouvé que la personne concernée aurait obtenu un permis de travail et occupé un emploi saisonnier si elle avait été en capacité de travail.

28 Prestations à l'étranger

28.1 Sur présentation d'un certificat médical attestant l'incapacité de travail ainsi que le diagnostic médical, les prestations sont versées pendant un séjour de vacances à l'étranger aussi longtemps que le retour au domicile ne peut pas être raisonnablement exigé de l'assuré.

28.2 Lorsqu'un assuré en incapacité de travail se rend à l'étranger sans l'agrément de l'assureur, il perd son droit aux prestations d'assurance.

29 Grossesse

- 29.1 En cas de grossesse, un droit aux prestations n'existe qu'en cas d'incapacité de travail attestée par un médecin suite à des complications.
- 29.2 Les prestations assurées ne sont allouées que si la protection d'assurance a existé pendant au moins une année avant le terme prévu de l'accouchement.
- 29.3 L'obligation à prestations est suspendue pendant huit semaines après l'accouchement. Si l'activité lucrative n'est pas reprise d'ici la 16^e semaine suivant l'accouchement, l'obligation à prestations est suspendue jusqu'à ce moment.

30 Accouchement

- 30.1 Dans le cadre de l'assurance de somme, une indemnité d'accouchement peut-être convenue contractuellement en complément à l'allocation de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (LAPG). Si une grossesse existe déjà au moment de l'admission dans l'assurance, aucune indemnité d'accouchement ne sera versée.
- 30.2 Le délai d'attente convenu est imputé à la durée des prestations.
- 30.3 L'indemnité d'accouchement n'est allouée que si la protection d'assurance a existé pendant au moins une année avant le terme prévu de l'accouchement.
- 30.4 Dans la mesure où aucune indemnité d'accouchement n'est convenue, l'obligation à prestations est suspendue pendant huit semaines après l'accouchement. Si l'activité lucrative n'est pas reprise d'ici la 16^e semaine suivant l'accouchement, l'obligation à prestations est suspendue jusqu'à ce moment.

VII. Primes

31 Tarif de primes

- 31.1 Les primes sont calculées par période d'assurance (art. 16) et sont portées dans le tarif de primes.
- 31.2 Le tarif de primes peut prévoir un échelonnement des primes selon l'âge, le sexe, la profession, l'activité ou le domicile de droit civil. Si l'assuré change de profession, d'activité ou de domicile de droit civil, l'assureur doit en être avisé immédiatement et par écrit. Les primes peuvent être adaptées avec effet au jour où le changement est intervenu.
- 31.3 Les primes sont adaptées chaque année au tarif de primes correspondant à l'âge actuel de l'assuré.

32 Echéance, paiement des primes

- 32.1 La prime annuelle doit être payée par avance. Elle échoit au 1^{er} janvier de chaque année, et si l'assurance débute en cours d'année, elle échoit à la date d'envoi de la facture pour la période restante de l'année.

32.2 Un paiement par acomptes, moyennant un supplément de primes, peut être convenu. Les acomptes doivent également être payés par avance.

32.3 Lorsque le preneur d'assurance a souscrit plusieurs assurances (y compris l'assurance obligatoire des soins) auprès de l'assureur, il doit choisir un mode de paiement uniforme.

32.4 Si un paiement par acomptes est convenu, les acomptes arrivant à échéance au cours de l'année sont considérés uniquement comme différés.

32.5 Lorsque le preneur d'assurance est en retard dans le paiement d'un acompte convenu, le solde de la prime pour la période d'assurance en cours est payable immédiatement.

33 Sommation, retard dans le paiement

33.1 Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit de payer les primes en souffrance dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation mentionnera les conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.

33.2 Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation selon l'art. 33.1, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.

33.3 Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été payée, intérêts et frais y compris. L'assureur n'est pas tenu de verser des prestations pour des cas d'assurance qui se sont produits pendant la durée du retard et après l'expiration du délai d'attente.

34 Adaptation du tarif de primes

Si le tarif de primes change, l'assureur peut exiger l'adaptation de l'assurance au premier jour de la prochaine période d'assurance. À cet effet, il doit communiquer par écrit au preneur d'assurance les nouvelles conditions du contrat au moins 30 jours avant l'entrée en vigueur des nouvelles primes. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours. S'il use de ce droit, l'assurance s'éteint à l'expiration de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Si le preneur d'assurance omet de procéder à la résiliation, il est censé avoir accepté l'adaptation de l'assurance.

35 Modification de l'échelonnement des primes

Si une modification de l'échelonnement des primes selon l'âge, la profession, l'activité ou le domicile de droit civil de l'assuré entraîne une modification des

primes, l'assureur peut adapter la prime en conséquence avec effet au moment de la modification. Le preneur d'assurance dispose d'un droit de résiliation durant les 30 jours qui suivent la communication de la nouvelle prime.

VIII. Obligations et justification des prétentions

36 Obligations et devoirs

- 36.1 Lorsqu'une incapacité de travail donne probablement droit à des prestations de l'assureur, il y aura lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations.
- 36.2 L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs de prestations tout document et renseignement complémentaire, notamment des certificats médicaux. De plus, le preneur d'assurance resp. l'assuré doit fournir des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne l'incapacité de travail ainsi que les maladies et accidents antérieurs. À la demande de l'assureur, l'assuré délie les fournisseurs de prestations qui le traitent ou l'ont traité, du secret professionnel à l'égard de l'assureur.
- 36.3 L'assuré est tenu de se soumettre, sur ordre de l'assureur, à des examens médicaux supplémentaires.
- 36.4 L'assureur se réserve le droit d'entreprendre, en tout temps, des visites de contrôle auprès des assurés en incapacité de travail. La visite du contrôleur de l'assureur ou de la tierce personne mandatée ne peut être refusée.
- 36.5 L'assuré présentant une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle est dans l'obligation d'exploiter une éventuelle capacité de travail restante (obligation de restreindre le dommage). Une activité raisonnable dans le cadre d'une autre profession, domaine professionnel ou domaine d'activité sera prise en considération.
- 36.6 L'assuré est tenu de s'annoncer auprès des assurances sociales entrant en ligne de compte, en particulier auprès de l'office AI, en vue de l'octroi de prestations, si un médecin ou l'assureur le lui ordonne.

37 Justification des prétentions

- 37.1 La justification des prétentions doit se faire par le preneur d'assurance resp. l'assuré sur le formulaire mis à disposition par l'assureur.
- 37.2 Les incapacités de travail de personnes assurées doivent être déclarées à l'assureur au plus tard dans les cinq jours qui suivent l'échéance du délai d'attente convenu, mais en tout cas dans les 30 jours à partir du début de l'incapacité de travail. L'avis sera accompagné d'une attestation médicale. Lorsque

l'avis est donné tardivement sans raison valable, le droit aux prestations prend naissance au plus tôt le jour de la réception de l'avis.

- 37.3 Si parallèlement à l'assureur, d'autres assureurs sociaux ou privés (p.ex. assurance-invalidité, assurance militaire, assurance-accidents, prévoyance professionnelle, autres assurances d'indemnités journalières) sont également tenus de verser des prestations pour une incapacité de travail, les prestations assurées ne seront allouées que si le cas d'assurance est déclaré en temps opportun auprès de toutes les assurances concernées. Il y aura lieu de remettre à l'assureur, outre les documents mentionnés aux art. 37.1 et 37.2, également la confirmation de déclaration d'assurance, les décomptes et éventuelles décisions des autres organismes assureurs.
- 37.4 Pour faire valoir le droit à une indemnité d'accouchement convenue contractuellement, un certificat médical qui renseigne sur la durée de la grossesse et la date de l'accouchement, doit être envoyé à l'assureur.

IX. Restrictions de la protection d'assurance

38 Exclusions

- 38.1 Sont exclues de l'assurance les incapacités de travail survenant en relation avec les événements suivants:
- les suites d'événements belliqueux en Suisse et à l'étranger. Cependant, si l'assuré est surpris par l'éclatement de ces faits dans le pays où il séjourne, la protection d'assurance déploie encore ses effets pendant les 14 jours qui suivent la première survenance de ces événements;
 - le service militaire étranger;
 - la participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme;
 - la participation à des troubles, des manifestations ou des agitations similaires;
 - la perpétration de crimes et de délits soit intentionnellement soit par négligence grave;
 - la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que l'assuré ait été blessé par les protagonistes alors qu'il n'était pas en cause ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
 - les dangers auxquels l'assuré s'est exposé en provoquant gravement autrui;
 - les effets de radiations ionisantes et les dommages consécutifs aux effets de l'énergie atomique;
 - la consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes, ainsi que l'abus d'alcool et de médicaments;
 - le suicide ou tentatives de suicide ou les automutilations.

- 38.2 De plus, aucune prestation n'est versée pour des incapacités de travail consécutives à des:
- thérapies cellulaires, cures d'amaigrissement, thérapies de remise en forme;
 - traitements dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon des méthodes scientifiques;
 - traitements esthétiques (y compris les complications et les séquelles);
 - changements de sexe (y compris les complications et les séquelles).

39 Réduction et refus de prestations

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- 39.1 lorsque le preneur d'assurance resp. l'assuré ne satisfait pas à ses obligations et devoirs (art. 36) vis-à-vis de l'assureur, à moins qu'il ne prouve que cette transgression a eu lieu sans faute de sa part;
- 39.2 lorsque l'incapacité de travail est provoquée par une négligence grave du preneur d'assurance, resp. de l'assuré;
- 39.3 en cas d'accidents consécutifs à une entreprise téméraire. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre ou sans pouvoir prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables. Toutefois, le sauvetage d'une personne est couvert par l'assurance même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire.

40 Pluralité d'assurances

Si des contrats d'assurance privée existent auprès de plusieurs assureurs tenus de verser des prestations, les prestations seront versées globalement une seule fois. Dans ce cas, le montant des prestations que chaque assureur devrait verser en fonction de l'assurance existante chez lui s'il avait été le seul à les assurer sera déterminé et servira à calculer la somme totale de ces prestations. Dans le versement global des prestations, chaque assureur ne devra prendre en charge que ce qui correspond à sa part de cette somme totale.

41 Versement des prestations, surindemnisation et demande de restitution

- 41.1 Les prestations assurées par le biais de l'Assurance individuelle d'indemnités journalières STANDARD – pour les chômeurs au sens de la loi sur l'assurance-chômage (LACI), au maximum le montant de l'indemnité de chômage – sont réduites des prestations d'autres assurances privées et sociales, ainsi que du revenu professionnel pouvant être obtenu dans les limites de ce qui peut être exigé (art. 36.5).
- 41.2 En cas d'une éventuelle obligation à prestations de la part d'assureurs sociaux, l'assureur est en droit de revendiquer, directement auprès d'eux, la restitution

des prestations qu'il a fournies à titre d'acomptes. L'assureur exige directement de l'assurance-invalidité fédérale la restitution en particulier des prestations qu'il fournit eu égard à une rente invalidité et ceci à partir de la date du début de la rente. Le montant de la demande de restitution correspond à celui de la surindemnisation selon l'art. 41.1. En font exception les prestations provenant des assurances de somme.

- 41.3 Lorsque l'assuré a recours à l'assureur en lieu et place du tiers responsable ou de l'assureur de responsabilité civile de ce dernier, il doit céder ses droits à l'assureur jusqu'à concurrence des prestations versées.
- 41.4 Les indemnisations assumées par un tiers responsable ou par son assureur responsabilité civile sont déduites des prestations de l'assureur.
- 41.5 L'Assurance individuelle d'indemnités journalières STANDARD ne couvre pas les réductions éventuelles effectuées dans d'autres assurances.
- 41.6 Les prestations perçues à tort sont à rembourser à l'assureur.

42 Avance de prestations et recours

- 42.1 L'assureur peut verser des prestations à titre d'acomptes à condition que l'assuré lui cède ses droits envers des tiers tenus de verser des prestations, jusqu'à concurrence des prestations versées par l'assureur, et s'engage à ne rien entreprendre qui s'opposerait à un exercice de l'éventuel droit de recours contre les tiers.
- 42.2 L'assureur est libéré de l'obligation en matière de prestations lorsque l'assuré conclut, sans l'accord de l'assureur, des arrangements avec des tiers portant sur une renonciation partielle ou totale aux prestations d'assurance ou aux dommages et intérêts.

X. Divers

43 Compensation, cession et mise en gage

- 43.1 Le preneur d'assurance resp. l'assuré n'a aucun droit envers l'assureur de compenser des arriérés de primes avec des prétentions à des prestations.
- 43.2 Avant leur fixation définitive, les prétentions à des prestations assurées ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'accord exprès de l'assureur.

44 Exécution

- 44.1 Les obligations découlant du présent contrat sont à acquitter en Suisse et en monnaie suisse.
- 44.2 Lorsque des prestations soumises à l'impôt à la source sont payées directement à l'assuré, celles-ci seront réduites à la source du montant de l'impôt dû.

45 Communications

- 45.1 Toutes les communications peuvent être adressées valablement au Siège principal de CONCORDIA ou à la représentation désignée dans la police.
- 45.2 Lorsque l'assurance d'indemnités journalières de CONCORDIA est délivrée par un autre assureur, les communications et les annonces qui sont faites à ce dernier ont la même validité que si elles étaient adressées à CONCORDIA.
- 45.3 L'assuré doit communiquer par écrit à CONCORDIA tout changement de son adresse ou de sa situation personnelle réelle, pour autant que ces changements soient déterminants pour l'évaluation de l'obligation à prestations. Les communications de l'assureur se font valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée par l'assuré.

46 For

En cas de contestations découlant du présent contrat, le preneur d'assurance resp. l'assuré a le choix entre le for de Lucerne ou celui de son domicile suisse.



Digne de confiance

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch