

## **Extrait**

du

### **contrat cadre relatif à la solution de branche**

pour

### **l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie**

entre

**L'Association paritaire Location de services  
Secrétariat Fonds social  
c/o febs AG Römerstrasse 18  
8402 Winterthur**

et

les assureurs mentionnés  
au chiffre 1.1. du présent contrat

Interlocuteurs	tous les assureurs mentionnés au chiffre 1.1.
Entrée en vigueur	1er janvier 2012
Entrée en vigueur des modifications	1er mai 2016
Etablissement du contrat	27 avril 2016

<i>Table des matières</i> .....		<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
<b>1.</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
1.1.	<i>Parties contractantes</i> .....	4
1.2.	<i>But du contrat cadre</i> .....	4
1.3.	<i>Admission d'entreprises liées</i> .....	5
1.4.	<i>Commission paritaire de la solution de branche relative à la location de services</i> .....	5
1.5.	<i>Rapport d'assurance entre les assureurs et les entreprises liées</i> .....	5
1.6.	<i>Couverture d'assurance</i> .....	5
1.7.	<i>Réglementation transitoire</i> .....	6
1.7.1.	<i>Entreprises de location de services soumis à la CCT dès 1.5.2016</i> .....	6
1.7.2.	<i>Entreprises de location de services soumis à la CCT dès 1.1.2012</i> .....	6
<b>2.</b>	<b>Principes de base pour l'élaboration de l'assurance indemnité journalière en cas de maladie</b> .....	<b>7</b>
2.1.	<i>Bases du contrat</i> .....	7
2.2.	<i>Dérogations et compléments aux conditions générales d'assurance (CGA)</i> .....	7
2.2.1.	<i>Conditions d'admission à l'assurance indemnité journalière en cas de maladie</i> .....	7
2.2.2.	<i>Procédure d'admission pour chaque assuré</i> .....	7
2.3.	<i>Participation aux excédents</i> .....	8
<b>3.</b>	<b>Groupes de personnes et étendue de la couverture pour l'assurance indemnité journalière en cas de maladie</b> .....	<b>9</b>
3.1.	<i>Application pratique des variantes quant à la durée des prestations pour les groupes de personnes 1 et 2</i> .....	10
<b>4.</b>	<b>Conditions de primes pour l'assurance indemnité journalière en cas de maladie</b> .....	<b>11</b>
4.1.	<i>Segmentation des entreprises en fonction de leur masse salariale annuelle</i> .....	11
4.2.	<i>Taux de primes pour l'assurance indemnité journalière en cas de maladie</i> .....	11
4.2.1.	<i>Bonus et malus</i> .....	11
4.2.2.	<i>Crédits de primes de 0,4 pour-cent de salaire provenant du fonds social</i> .....	12
4.3.	<i>Annexes</i> .....	12
<b>5.</b>	<b>Conditions particulières d'assurance</b> .....	<b>13</b>
5.1.	<i>Cercle des personnes assurées</i> .....	13
5.2.	<i>Âge maximum / âge terme</i> .....	13
5.3.	<i>Durée limitée des prestations pour les personnes qui ont atteint l'âge de la retraite AVS</i> .....	13
5.4.	<i>Droit aux prestations en cas d'affections préexistantes</i> .....	13
5.5.	<i>Maladies non assurées</i> .....	14
5.6.	<i>Renonciation à la réduction des prestations si une maladie assurée est due à une négligence grave</i> .....	14
5.7.	<i>Délai d'attente</i> .....	14
5.8.	<i>Durée des prestations</i> .....	14
5.9.	<i>Délai de rechute</i> .....	14
5.10.	<i>Salaire déterminant pour le calcul des prestations</i> .....	14
5.11.	<i>Droit de passage dans l'assurance individuelle</i> .....	15
5.12.	<i>Début du contrat d'assurance individuelle</i> .....	15
5.13.	<i>Indemnités journalières provenant de l'assurance individuelle</i> .....	15
5.14.	<i>Droit d'adaptation des primes en cas de modification de la CCT</i> .....	15

<b>6.</b>	<b>Gestion des prestations, Case/Care Management .....</b>	<b>16</b>
6.1.	<i>Annonce et gestion des cas d'assurance.....</i>	<i>16</i>
6.2.	<i>Case/Care Management.....</i>	<i>16</i>

# 1. Introduction

## 1.1. Parties contractantes

Le présent contrat cadre définit une solution de branche pour toutes les entreprises soumises à la convention collective de travail (CCT) sur la location de services. Il est conclu entre les parties énumérées ci-après. Les assureurs porteurs du risque:

- SWICA Assurance-maladie SA, 8401 Winterthur
- Groupe Mutuel, 1920 Martigny
- CSS Assurance SA, 6002 Lucerne
- Sympany Assurances SA, 4002 Bâle
- Helsana Assurances SA, 8081 Zurich
- Visana Services AG, 3000 Berne 15
- Zurich Global Corporate Switzerland, 8045 Zurich

et

l'Association paritaire Location de services,  
Secrétariat Fonds social  
c/o febs AG Römerstrasse 18  
8402 Winterthur

## 1.2. But du contrat cadre

Les parties concluent le contrat cadre (désigné ci-après «solution de branche») pour déterminer les conditions cadres contraignantes régissant la mise en oeuvre de l'assurance collective indemnité journalière en cas de maladie entre les assureurs mentionnés au chiffre 1.1. de ce contrat (désignés ci-après «assureurs») et l'Association paritaire Location de services, Secrétariat Fonds social, c/o febs AG, Römerstrasse 18, 8402 Winterthur.

La solution de branche est ouverte à toutes les entreprises de location de services liées par la convention collective de travail (CCT) Location de services (désignées ci-après «entreprises liées»), indépendamment du fait qu'elles aient été démarchées par un assureur de la solution de branche, un intermédiaire, un courtier, swissstaffing (Union suisse des services de l'emploi) ou l'association Fonds paritaire d'application.

Pour l'ensemble des entreprises liées, un contrat d'assurance distinct (désigné ci-après «contrat d'affiliation») sera conclu entre l'un des assureurs et l'entreprise concernée. L'entreprise est le preneur d'assurance auprès de l'assureur; elle jouit de tous les droits et obligations découlant du contrat d'affiliation conclu. Les contrats d'affiliation sont régis par les conditions générales d'assurance (CGA) pour l'assurance collective indemnité journalière maladie selon la LCA de chaque assureur, la loi sur le contrat d'assurance (LCA) ainsi que les conditions particulières (CP) mentionnées au chiffre 5.

Les conditions particulières d'assurance (CP) selon chiffre 5 font partie intégrante de chaque contrat d'affiliation. Chaque assureur est tenu de les intégrer par analogie dans la police qu'il établit, dans la mesure où les conditions générales d'assurance s'en écartent.

Sur demande du preneur d'assurance, une assurance indemnité journalière maladie peut être

conclue selon les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Dans le cadre d'une assurance-maladie basée sur les dispositions de la LAMal, un supplément de prime de 7,5% est perçu sur les tarifs indiqués dans l'annexe 1. Si les prestations sont assurées selon la LAMal, celles-ci sont décrites de manière uniforme et contraignante pour l'ensemble des assureurs dans les conditions particulières d'assurance. Les conditions particulières d'assurance selon chiffre 5 s'appliquent par analogie.

### **1.3. Admission d'entreprises liées**

Les tarifs indiqués dans les annexes 1 et 2 s'appliquent aux travailleurs temporaires dont le salaire brut s'élève au maximum au salaire assuré maximal selon la Suva, qui sont soumis soit à une CCT étendue, soit à la LPP et ne bénéficient pas d'une rente AVS. Le tarif de prime s'appliquant aux travailleurs temporaires dont le salaire brut s'élève au maximum au salaire assuré maximal selon la Suva, soumis exclusivement à la CCT Location de services étendue, non soumis à la LPP et ne bénéficiant pas d'une rente AVS est réglé au chiffre 4.2. alinéa 2.

La solution de branche permet à chacune des entreprises soumises à la convention collective de travail sur la location de services de conclure un contrat d'assurance collective pour l'indemnité journalière maladie (contrat d'affiliation) avec les assureurs. Il n'en découle aucune obligation de conclure une assurance ni pour les assureurs, ni pour les entreprises soumises à la convention collective de travail Location de services en tant que preneurs d'assurance.

Les entreprises affiliées auprès des assureurs selon la solution de branche et soumises à la convention collective de travail Location de services forment une communauté de risque distincte auprès de chaque assureur. Dans le cadre du présent contrat, chaque assureur est responsable de son portefeuille.

La procédure d'admission pour les contrats d'affiliation entre les assureurs et les entreprises soumises à la convention collective de travail Location de services est traitée directement par les assureurs.

### **1.4. Commission paritaire de la solution de branche relative à la location de services**

Lors de la mise en oeuvre de la solution de branche, une Commission paritaire de la solution de branche relative à la location de services sera créée. Elle sera composée de représentants des assureurs et de l'Association Fonds paritaire d'application. Les tâches, les responsabilités et les compétences sont réglées dans l'annexe 3.

### **1.5. Rapport d'assurance entre les assureurs et les entreprises liées**

Le rapport d'assurance naît à la conclusion d'un contrat d'affiliation entre l'un des assureurs énumérés au chiffre 1.1. et une entreprise déterminée soumise à la convention collective de travail Location de services. Le contrat d'affiliation conclu avec cette entreprise est régi par les conditions du présent contrat cadre.

### **1.6. Couverture d'assurance**

Pour chaque assuré, la couverture d'assurance commence le jour du début du travail, mais au plus tôt à la date de début de l'assurance indiquée dans la police du contrat d'affiliation.

## **1.7. Réglementation transitoire**

### **1.7.1. Entreprises de location de services soumis à la CCT dès 1.5.2016**

S'agissant de contrats d'affiliation soumis dès le 1.5.2016 à la CCT sur la location de services, les assureurs mentionnés au chiffre 1.1. sont tenus de les adapter, dans les meilleurs délais, aux conditions de la solution de branche selon le présent contrat cadre. L'adaptation des contrats doit se faire au plus tard le 1.1.2017, resp. à l'échéance du contrat.

### **1.7.2. Entreprises de location de services soumis à la CCT dès 1.1.2012**

Les contrats d'affiliation doivent être adaptés, avec effet au 1.1.2017, mais au plus tard à la l'échéance du contrat, aux nouvelles conditions du contrat cadre et à la nouvelle structure tarifaire.

## 2. Principes de base pour l'élaboration de l'assurance indemnité journalière en cas de maladie

### 2.1. Bases du contrat

Le rapport d'assurance est réglé dans les contrats d'affiliation entre les entreprises liées et les assureurs, sachant que les dispositions de la solution de branche priment sur leurs conditions générales d'assurances (CGA) ou les complètent.

### 2.2. Dérogations et compléments aux conditions générales d'assurance (CGA)

Les conditions suivantes s'appliquent en complément partiel aux conditions générales d'assurances de l'assurance collective indemnité journalière maladie.

#### 2.2.1. Conditions d'admission à l'assurance indemnité journalière en cas de maladie

Cercle de personnes	Evaluation du risque
Les travailleurs temporaires du preneur d'assurance soumis à la CCT Location de services	Les réserves existantes (exclusion de couverture) sont reprises; les chiffres empiriques (indications sur la masse salariale et sur les paiements d'indemnités journalières) des trois dernières années ainsi que les informations sur les incapacités de travail en cours sont nécessaires.

#### 2.2.2. Procédure d'admission pour chaque assuré

Jusqu'à un salaire brut par personne correspondant au maximum au salaire maximal assuré par la Suva, l'admission de personnes individuelles, sans indication de nom, intervient sans examen de santé.

Pour les contrats sans assureur précédent, les cas d'assurance en cours ne sont pas repris.

### 2.3. Participation aux excédents

Une entreprise du segment 1 présentant une masse salariale annuelle inférieure ou égale à CHF 1,5 million (cf. chiffre 4.1.), ne se verra pas offrir de participation aux excédents.

A partir d'une masse salariale annuelle de > CHF 1,5 million, les règles contraignantes suivantes sont applicables au segment 1:

Taux de prime déterminant	60,00%
Taux d'excédents déterminant	50,00%

La prime déterminante pour le décompte de la participation aux excédents contractuelle est celle facturée par les assureurs aux différentes entreprises de location de services et payée par ces dernières. La participation aux excédents contractuelle ne tient pas compte du crédit de primes provenant du fonds social.

La période de décompte s'étend sur trois années d'assurance complètes et ininterrompues.

Pour le segment 2, chaque assureur de la solution de branche peut choisir librement les taux de prime et d'excédents déterminants.



### 3. Groupes de personnes et étendue de la couverture pour l'assurance indemnité journalière en cas de maladie

<b>Groupe de personnes 1</b>	<b>Les travailleurs temporaires avec un salaire brut ne dépassant pas le gain maximum assuré par la Suva, soumis à une CCT étendue ou à la LPP et n'étant pas au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'AVS</b>
Taux de prestation	80% ou 90% du gain assuré
Délai d'attente	conformément à l'annexe 1
Durée des prestations	720/730 jours pendant une période de 900 jours consécutifs par personne, sous déduction du délai d'attente convenu individuellement  ou  730 jours par cas de maladie, sous déduction du délai d'attente convenu individuellement
Salaire assuré	salaire soumis à l'AVS salaire maximum: gain maximum assuré par la Suva par personne et par an
<b>Groupe de personnes 2</b>	<b>Les travailleurs temporaires avec un salaire brut ne dépassant pas le gain maximum assuré par la Suva, soumis exclusivement à la CCT Location de services, non soumis à la LPP et n'étant pas au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'AVS</b>
Taux de prestation	80% ou 90% du gain assuré
Délai d'attente	conformément à l'annexe 1
Durée des prestations	durée des prestations de 60 jours pendant une période de 360 jours, sous déduction du délai d'attente
Salaire assuré	salaire soumis à l'AVS salaire maximum: gain maximum assuré par la Suva par personne et par an

Les travailleurs temporaires dont le salaire brut est supérieur au salaire maximum assuré par la Suva ainsi que les travailleurs fixes (personnel permanent) ne sont pas soumis à la convention collective de travail Location de services. Ces travailleurs doivent être assurés par le biais d'un groupe de personnes ou d'un contrat collectif distincts.

### 3.1. Application pratique des variantes quant à la durée des prestations pour les groupes de personnes 1 et 2

	<b>Durée des prestations 730 jours (couverture de coordination LPP)</b>	<b>Durée des prestations 720/730 jours pendant une période de 900 jours (groupe 1), resp. 60 jours pendant une période de 360 jours (groupe 2) selon LCA</b>	<b>Durée des prestations 720 jours pendant une période de 900 jours selon LAMal</b>
<b>Incapacité de travail partielle</b>	La prestation d'indemnité journalière est fournie à partir d'un degré d'incapacité de gain de 25% au moins en fonction du taux d'incapacité de travail.	La prestation d'indemnité journalière est fournie à partir d'un degré d'incapacité de gain de 25% au moins en fonction du taux d'incapacité de travail.	La prestation d'indemnité journalière est fournie à partir d'un degré d'incapacité de gain de 50% au moins en fonction du taux d'incapacité de travail.
<b>Durée des prestations</b>	730 jours par cas de maladie, sous déduction du délai d'attente convenu. Les jours d'incapacité de travail partielle comptent comme jours complets pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.	720/730 jours pendant 900 jours, resp. 60 jours pendant 360 jours par personne, sous déduction du délai d'attente convenu. Les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25% comptent comme jours complets pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.	720 jours pendant 900 jours par personne, sous déduction du délai d'attente convenu. Les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 50% comptent comme jours complets pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.
<b>Prestations de tiers</b>	Si l'assuré a droit à des prestations de tiers, l'assureur complète les prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. En cas de prise en compte des prestations de tiers, le droit à l'indemnité journalière n'est pas prolongé.	Si l'assuré a droit à des prestations de tiers, l'assureur complète les prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. En cas de prise en compte des prestations de tiers, le droit à l'indemnité journalière n'est pas prolongé.	Si en cas de surindemnisation (définition selon article 78 LAMal et article 69 LPGa) une indemnité journalière réduite est versée, le droit à l'indemnité journalière est prolongé en fonction de la réduction (épuisement de la valeur correspondante).
<b>Remarques</b>	aucune	aucune	Le groupe de personnes disposant d'une durée des prestations de 60 jours pendant une période de 360 jours ne peut être assuré qu'en LCA.

## 4. Conditions de primes pour l'assurance indemnité journalière en cas de maladie

### 4.1. Segmentation des entreprises en fonction de leur masse salariale annuelle

La structure tarifaire des entreprises à assurer comporte deux segments:

Segment 1: entreprises avec une masse salariale annuelle  $\leq$  CHF 3 mios

Segment 2: entreprises avec une masse salariale annuelle  $>$  CHF 3 mios

La masse salariale annuelle des employés loués soumis à la convention collective de travail Location de services est déterminante pour l'attribution du segment.

### 4.2. Taux de primes pour l'assurance indemnité journalière en cas de maladie

Les taux de primes sont mentionnés dans l'annexe 1. Des taux de primes uniques s'appliquent aux hommes et aux femmes. Les taux de primes des différents délais d'attente sont calculés comme suit selon des facteurs justifiant un rabais ou un supplément:

Rabatt- / Zuschlagsfaktoren KTG-Versicherung		
Wartefrist	Faktor Rabatt	Faktor Zuschlag
1		
2	1.000	1.000
3	0.910	1.099
7	0.624	1.602
14	0.414	2.418
21	0.308	3.244
30	0.259	3.855
60	0.173	5.783
90	0.128	7.824

Les taux tarifaires sont attribués aux différents segments selon chiffre 4.2.1. Les entreprises liées nouvellement créées sont tarifées conformément au taux tarifaire 4 (segment 1).

Les taux de primes applicables aux personnes à assurer provenant du groupe 2 (avec une durée des prestations réduite) découlent également de l'annexe 1.

#### 4.2.1. Bonus et malus

Pour l'attribution à un taux tarifaire selon l'annexe 1, ce sont les indemnités journalières versées au cours des deux années écoulées ainsi que celles extrapolées sur une année complète sur la base des paiements d'indemnités journalières de l'année en cours au moment de l'établissement de l'offre qui sont déterminantes (approche COFI). Le taux tarifaire est déterminé en multipliant la masse salariale des deux dernières années et celle de l'année en cours au moment de l'établissement de l'offre par le taux de primes du taux tarifaire 4 dans le segment 1 de cette solution de branche (en tenant compte de la contribution aux primes

du fonds social s'élevant à 0.40%). La prime ainsi obtenue est comparée avec les indemnités journalières effectivement versées et celles extrapolées. Le taux de prestations ainsi déterminé (prestations versées moins remboursements de l'AI, etc. en % de la prime) sert de base à l'attribution au taux tarifaire. Cette réglementation s'applique aux nouvelles affaires sans sinistres en cours, ni sinistres à reprendre de l'assureur précédent.

Pour déterminer le taux tarifaire d'une nouvelle affaire avec des sinistres en cours au moment de la reprise, l'attribution à un taux pour le segment 1 est réalisée sur la base des informations de l'assureur précédent à la date de la prochaine échéance:

- Si les provisions nécessaires pour les incapacités de travail en cours se situent entre 50% et 100% des paiements moyens durant la période observée, les provisions (entre 50% et 100%) sont intégralement imputées aux dépenses pour sinistres.
- Si les provisions nécessaires pour les incapacités de travail en cours sont supérieures aux paiements moyens durant la période observée, il y a lieu de faire une tarification individuelle.

Pour le segment 2, les provisions nécessaires pour les incapacités de travail en cours sont déterminées selon la pratique individuelle des assureurs.

Les contrats affiliés à la solution de branche sont contrôlés périodiquement quant à leur rentabilité et adaptés selon l'évolution des prestations. Le calcul du taux tarifaire applicable à partir de la nouvelle année d'assurance se base sur les masses salariales, les indemnités journalières versées au cours des deux années écoulées ainsi que celles extrapolées sur une année complète sur la base des paiements d'indemnités journalières de l'année d'assurance en cours. L'extrapolation à partir des paiements d'indemnités journalières de l'année d'assurance en cours tient compte des indemnités journalières versées jusqu'au 30 juin ou des provisions nécessaires pour les incapacités de travail en cours.

#### **4.2.2. Crédits de primes de 0,4 pour-cent de salaire provenant du fonds social**

Les taux de primes indiqués dans l'annexe 1 tiennent compte du crédit de primes de 0,4 pour-cent de salaire provenant du fonds social conformément à la CCT Location de services.

En début d'année d'assurance, les assureurs ayant conclu des contrats d'affiliation se voient verser un acompte provenant du fonds social conformément à la CCT Location de services. Pour le calcul du crédit définitif en faveur de chaque assureur, ce dernier annonce le décompte définitif de la masse salariale de l'année écoulée à l'Association Fonds paritaire d'application, ceci jusqu'au 30 mai. L'association Fonds paritaire d'application verse aux assureurs, jusqu'au 30 juin, le crédit de primes calculé sur la base du décompte définitif de la masse salariale multipliée par 0,4%.

Sur les crédits de primes provenant du fonds de prévoyance sociale, aucune indemnité (commission et courtage) ne doit être versée aux partenaires de vente internes et externes des assureurs.

#### **4.3. Annexes**

Les annexes du présent contrat font partie intégrante de ce contrat. Les assureurs sont en droit de modifier les annexes jointes ou certaines parties de celles-ci. Ils doivent en informer par écrit l'Association Fonds paritaire d'application au plus tard six mois avant la fin de l'année d'assurance.

## 5. Conditions particulières d'assurance

Les conditions particulières d'assurance (CP) font partie intégrante de chaque contrat d'affiliation basé sur cette solution de branche. Les assureurs s'engagent à reprendre par analogie les conditions particulières d'assurance (CP) énumérées ci-après dans les documents relatifs aux offres et aux contrats d'affiliation qu'ils établissent lorsque les conditions générales d'assurance s'en écartent.

### 5.1. Cercle des personnes assurées

Tous les travailleurs temporaires soumis à la CCT Location de services sont assurés. Aucune personne percevant un salaire effectif ne doit être exclue du cercle des personnes assurées. L'unique exception est définie au chiffre 5.2.

### 5.2. Âge maximum / âge terme

Sont assurés les personnes ou groupes de personnes mentionnés dans le contrat qui sont employés dans l'entreprise assurée et n'ont pas encore 70 ans révolus.

### 5.3. Durée limitée des prestations pour les personnes qui ont atteint l'âge de la retraite AVS

A partir de l'âge donnant droit à une rente AVS, les indemnités journalières continuent à être versées durant 180 jours au maximum pour tous les cas d'assurance en cours ou à venir, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 70 ans révolus. Si, au moment d'atteindre l'âge de la retraite AVS, il existe une incapacité de travail, le droit aux prestations s'éteint à moins que la personne assurée ne prouve que les rapports de travail auraient été maintenus s'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail.

### 5.4. Droit aux prestations en cas d'affections préexistantes

Une incapacité de travail due à la récurrence d'une affection antérieure, pour laquelle l'assuré était en traitement avant son affiliation à l'assurance, est indemnisée selon l'échelle suivante:

Durée d'engagement ininterrompue auprès de l'actuel employeur	Durée maximale des prestations par cas de maladie
Jusqu'à 6 mois	4 semaines
Jusqu'à 9 mois	6 semaines
Jusqu'à 12 mois	2 mois
Jusqu'à 5 ans	4 mois

1. Les prestations mentionnées sont couvertes pour autant que, lors de la première apparition de la maladie, l'assuré n'ait pas été assuré en Suisse pour une indemnité journalière en cas de maladie.
2. La limitation de la durée des prestations s'applique également aux éventuels cas de rechute d'une affection pour laquelle la durée des prestations était limitée lors de la première apparition (en imputant les prestations déjà versées).

3. En cas de rechute d'une affection pour laquelle l'assuré a préalablement bénéficié de prestations d'un assureur indemnité journalière maladie en Suisse – sans limitation de la durée des prestations selon l'alinéa 1 –, l'assureur de la solution de branche IJM octroie les indemnités journalières pour une durée correspondant à la durée qui n'a pas été utilisée dans le cadre des prestations du cas initial (en imputant les prestations déjà versées).
4. La durée des prestations pour des cas décrits à l'alinéa 2 ne peut pas dépasser 720 jours au total (première apparition et rechute) pour les assurés du groupe de personnes 1 et 60 jours au total pour des assurés du groupe 2.

### **5.5. Maladies non assurées**

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas de:

- Maladies indemnisées par l'assurance-accidents légale (LAA)
- Atteintes à la santé dues à l'action de rayons ionisants  
Les atteintes à la santé dues à un traitement par rayons prescrit par un médecin en raison d'une maladie couverte sont néanmoins assurées.
- Maladies dues à des événements de guerre  
Cependant, si l'assuré est surpris à l'étranger par de tels faits, la couverture d'assurance ne s'éteint que 14 jours après le début de ces événements.

### **5.6. Renonciation à la réduction des prestations si une maladie assurée est due à une négligence grave**

Les assureurs renoncent au droit qui leur est conféré par la loi de réduire les prestations d'assurance si l'assuré a provoqué la maladie par négligence grave.

### **5.7. Délai d'attente**

Le délai d'attente commence à courir dès le premier jour où une incapacité de travail d'au moins 25% a été constatée médicalement, mais au plus tôt 3 jours avant le premier traitement médical. Les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25% comptent comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente.

### **5.8. Durée des prestations**

Pour le calcul de la durée des prestations, les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25% comptent comme jours entiers.

### **5.9. Délai de rechute**

La récurrence d'une maladie (rechute) est considérée comme nouvelle maladie du point de vue de la durée des prestations et du délai d'attente, si l'assuré n'a pas été en incapacité de travail pour ce motif pendant une période de 12 mois (si la durée des prestations est de 730 jours par cas), resp. de 6 mois (si la durée des prestations est de 720 ou 730 jours pendant 900 jours).

### **5.10. Salaire déterminant pour le calcul des prestations**

Le calcul des indemnités journalières proportionnelles se base sur le dernier salaire AVS perçu avant l'incapacité de travail imputable à la maladie, sous réserve d'une adaptation dans les cas où le salaire ne correspond plus à la situation effective (gain dont on peut présumer que l'intéressé est privé). Un salaire annuel complet en est extrapolé et divisé par 365 (366 les années bissextiles).

Si le gain est soumis à de fortes fluctuations (p. ex. salaire horaire, salaire de travailleurs temporaires, commissions, salaire de personnes employées de manière irrégulière), le salaire brut AVS réalisé dans l'entreprise assurée au cours des 12 mois avant la survenue de la maladie sert à extrapoler un salaire annuel complet qui sera divisé par 365 (366 les années bissextiles) pour calculer les indemnités journalières.

Les indemnités journalières ainsi déterminées sont versées pour chaque jour civil.

#### **5.11. Droit de passage dans l'assurance individuelle**

En sortant du cercle des assurés ou en cas de dissolution du contrat d'affiliation, l'assuré domicilié en Suisse est en droit de passer dans l'assurance individuelle. Le droit de passage doit être exercé dans un délai de 90 jours et notifié par écrit.

Il n'y a pas de droit de passage:

- En cas de changement de poste et de passage dans l'assurance indemnité journalière maladie du nouvel employeur, ou en cas de dissolution du contrat d'affiliation et de reprise de celui-ci par un autre assureur pour le même cercle de personnes, pour autant que le nouvel assureur doive garantir le maintien de la couverture d'assurance en vertu d'une convention de libre passage
- Après avoir atteint l'âge de la retraite AVS
- En cas d'abus ou de tentative d'abus en matière d'assurance
- Pour les travailleurs temporaires soumis exclusivement à la convention collective de travail Location de services, mais non soumis à la LPP

#### **5.12. Début du contrat d'assurance individuelle**

L'assurance individuelle prend effet un jour après la sortie du cercle des personnes assurées ou après l'échéance du contrat collectif.

#### **5.13. Indemnités journalières provenant de l'assurance individuelle**

Si une incapacité de travail existe au moment du passage, les indemnités journalières déjà versées en vertu de l'assurance collective sont déduites de la durée des prestations de l'assurance individuelle.

#### **5.14. Droit d'adaptation des primes en cas de modification de la CCT**

Si une modification de la CCT Location de services a des répercussions sur l'assurance indemnité journalière maladie, chaque assureur indiqué au chiffre 1.1. peut, en dérogation aux conditions générales d'assurance, adapter les taux de primes aux nouvelles conditions avec effet à la date d'entrée en vigueur de la modification de la CCT. Le preneur d'assurance a, dans ce cas, le droit de résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'information concernant l'adaptation des primes. Si le preneur d'assurance omet de le résilier, l'adaptation du contrat est réputée approuvée.

## **6. Gestion des prestations, Case/Care Management**

### **6.1. Annonce et gestion des cas d'assurance**

Le traitement ordinaire des prestations, tel que le contrôle de l'incapacité de travail et toutes les mesures qui en découlent au niveau des cas individuels, se conforme aux directives et processus individuels de l'assureur.

### **6.2. Case/Care Management**

Chaque assureur garantit que tous les cas présentant une incapacité de travail > 30 jours seront examinés selon les principes du Case/Care Management quant à la possibilité d'exercer certaines activités. Le cas échéant, ces dernières seront menées conformément aux procédures courantes. En font partie toutes les activités entrant dans le cadre de l'intégration professionnelle ainsi que la mise en relation avec les assurances sociales et les organisations et institutions privées impliquées ou la collaboration et la coordination avec des tiers. La procédure détaillée se conforme aux directives et aux processus de l'assureur.