



ASSURANCE

PERTE DE GAIN MALADIE

Sommaire

- 1. Aperçu des prestations**
- 2. Etendue de l'assurance**
- 3. Prestations assurées**
- 4. Dispositions diverses**
- 5. Litiges, entrée en vigueur et traduction**

1. Aperçu des prestations

1.1 Prestations

- a) 1^{er} jour de maladie par année civile : pas de couverture d'assurance
Pour les collaborateurs en salaire mensuel : 100% du salaire brut avec compensation d'heures
Cf. point 3.5
- b) A partir du 2^{ème} jour de maladie
 - Montant de l'indemnité journalière : 80% du salaire AVS
 - Durée des prestations : 730 jours par cas moins le 1^{er} jour de maladie par année civile
- c) Indemnité d'accouchement
 - Montant de l'indemnité journalière : 80% du salaire AVS
 - Sans délai d'attente
 - Nombre d'indemnités journalières: 14 jours en complément à l'allocation de maternité légale (APG)

1.2 Parts de primes

- a) Employeur: 50% des primes
- b) Employé: 50% des primes

2. Etendue de l'assurance

2.1 Personnes assurées

Sont assurées toutes les personnes qui bénéficient d'un contrat de travail à durée indéterminée ou qui sont engagées pour une durée déterminée supérieure à 3 mois. Les collaborateurs temporaires ne sont pas assurés (rapports de travail inférieurs ou égaux à 3 mois).

2.2 Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

2.3 Maladies assurées

2.3.1 Maladies

Est considérée comme maladie, toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident, exige un examen ou un traitement médical et entraîne une incapacité de travail.

Les cures prescrites par un médecin et médicalement nécessaires sont payées en cas d'incapacité de travail et de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les incapacités de travail résultant d'examens préventifs médicalement attestés sont payées dans la mesure où l'incapacité de travail est au moins égale à un jour.

2.3.2 Réduction

Sont également assurées les maladies causées par faute grave. Mutuel Assurances SA renonce en pareil cas à son droit légal de réduire les prestations.

2.4 Exclusions et limitations de prestations

Le droit aux prestations peut être réduit ou supprimé:

- a) Pour les suites d'accidents ou de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur.
- b) En cas d'attestation d'incapacité de travail émise par un médecin ou un chiropraticien non reconnu par l'assurance.
- c) Pendant la durée d'un congé non payé (jusqu'à la reprise effective du travail).
- d) Si l'assuré s'oppose de manière répétée et massivement à des décisions de la caisse ou à des prescriptions du médecin.
- e) Si l'assuré refuse de donner des informations relatives à des faits, dont il a connaissance et qui pourraient être déterminantes pour le calcul du droit aux prestations.
- f) Si l'assuré refuse de suivre les instructions de l'assureur (par ex. de se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur).
- g) En cas d'incapacités de travail dues à des faits de guerre:
 - En Suisse
 - A l'étranger, sauf si l'assuré a été surpris par ces faits dans le pays dans lequel il séjourne et que l'incapacité de travail débute dans les 3 mois qui suivent le début des faits de guerre.
- h) Pour les effets de radiations ionisantes. La couverture d'assurance est cependant maintenue en cas d'atteintes à la santé résultant de traitements aux rayons ordonnés par un médecin suite à une maladie assurée.

- i) En cas d'incapacités dues à une opération de chirurgie esthétique entreprise volontairement par l'assuré et non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- j) En cas d'incapacités suite à des tremblements de terre.
- k) En cas d'incapacités lors d'un service militaire à l'étranger.
- l) En cas de fraude à l'assurance ou de tentative de fraude.

2.5 Influence de facteurs étrangers à la maladie

Si la maladie n'est qu'une cause partielle de l'incapacité de travail ou de l'hospitalisation, Mutuel Assurances SA ne paie qu'une part proportionnelle des prestations. Cette part est fixée sur la base d'une expertise médicale.

2.6 Maladie et vacances / séjour à l'étranger

2.6.1 Maladie survenant pendant les vacances

Lorsqu'une maladie survient pendant les vacances du collaborateur à l'étranger, les prestations sont versées si un certificat d'incapacité de travail est émis par un médecin exerçant sur le lieu de séjour à l'étranger. En cas de nécessité et d'exigence de la part de Mutuel Assurances SA, le collaborateur s'engage à se soumettre à un examen médical en Suisse et à remettre à l'assureur tous les documents médicaux requis.

2.6.2 Maladie survenant avant les vacances

Aucune indemnité n'est en principe versée durant les vacances, même en l'absence d'une incapacité de travail totale.

2.6.3 Maladie survenant avant un séjour à l'étranger (autre que vacances)

Si une personne assurée malade, ayant droit à des prestations, se rend à l'étranger sans l'accord préalable de Mutuel Assurances SA, le droit aux prestations peut être supprimé jusqu'au retour en Suisse.

Cette restriction ne s'applique pas aux frontaliers en cas de séjour en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein.

3. Prestations assurées

3.1 Indemnité journalière de maladie

3.1.1 Prestations en cas d'incapacité de travail totale

Si l'incapacité de travail d'une personne assurée est attestée par un médecin, Mutuel Assurances SA verse 80% du salaire AVS par jour calendaire en cas d'incapacité de travail totale.

3.1.2 Prestations en cas d'incapacité de travail partielle

En cas d'incapacité de travail partielle, le montant de l'indemnité journalière assurée est proportionnel à l'incapacité de travail.

En cas d'incapacité de travail inférieure à 10%, l'assuré n'a pas droit aux prestations d'assurance.

3.1.3 Délais

Le collaborateur est tenu de se rendre chez le médecin jusqu'au 4^{ème} jour de maladie et d'adresser ou de remettre le certificat médical à l'employeur au plus tard le 4^{ème} jour. Les certificats médicaux doivent être établis pour toute la durée de l'incapacité de travail. L'antidatation d'une incapacité de travail dans le certificat médical n'est pas acceptée.

Ces prestations d'assurance sont versées à partir du 31^{ème} jour d'incapacité de travail.

Quelle que soit la durée de l'incapacité de travail, l'employeur peut exiger un certificat médical à partir du 1^{er} jour d'absence.

Le délai d'attente s'applique par année civile. Pour une maladie ayant débuté l'année précédente, il n'est pas imputé une nouvelle fois l'année suivante pour autant que la dernière prestation d'indemnité journalière pour cette maladie ne remonte pas à plus de 365 jours (délai de récurrence).

La réapparition d'une maladie (récurrence) est considérée comme une nouvelle maladie avec période d'indemnisation totale, si l'assuré n'a pas été en incapacité de travail pendant 365 jours en raison de cette maladie. En cas de récurrence dans les 365 jours, le délai d'attente est supprimé.

3.1.4 Durée journalière de travail

Lors d'une incapacité de travail partielle due à une maladie, la durée journalière effective de travail ne doit pas dépasser la durée de travail autorisée par le médecin. Les heures excédentaires ne sont en aucun cas créditées.

3.1.5 Durée des prestations

L'indemnité journalière est versée au maximum pendant 700 jours par maladie. Les personnes assurées qui continuent de travailler régulièrement chez Manor tout en percevant la rente AVS ont droit à l'indemnité journalière assurée pendant 180 jours au total par cas de maladie, indépendamment de la fin du contrat, au maximum cependant jusqu'à l'âge de 70 ans.

3.1.6 Prestations complémentaires

Si la personne assurée perçoit pour la maladie des prestations d'assurances étatiques ou d'assurances d'entreprises ayant leur siège en Suisse ou à l'étranger ou si un tiers civilement responsable ou son représentant en a versées, Mutuel Assurances SA verse uniquement, après écoulement du délai d'attente, la part non couverte par ces assurances, mais au maximum 80% du salaire AVS.

3.1.7 Délais d'attente et période d'indemnisation en cas de prestations réduites

Les jours donnant lieu à des prestations partielles en raison d'une incapacité de travail partielle et/ou d'une réduction par suite de droit aux prestations de l'assurance invalidité, de l'assurance militaire ou d'une autre assurance sociale, sont considérés comme des journées complètes pour le calcul du délai d'attente et de la période d'indemnisation.

3.2 Indemnité d'accouchement

3.2.1 Droit aux prestations

L'assurance indemnité d'accouchement constitue une couverture subsidiaire, complémentaire à l'assurance maternité légale (APG). Les mêmes conditions s'appliquent donc que pour l'allocation de maternité.

3.2.2 Durée des prestations

Les collaboratrices ayant droit aux prestations en vertu de la loi fédérale sur l'allocation pour perte de gain (APG) perçoivent une indemnité durant 14 jours supplémentaires. Celle-ci s'élève à 80% du salaire AVS. Ces 14 jours peuvent être pris avant l'accouchement. Pour les cas d'incapacités de travail dues à des maladies avant la naissance, cf. point 3.2.4.

Les prestations de l'assurance maternité selon l'APG sont versées durant 98 jours. Pendant le versement de l'allocation de maternité, mais au maximum pendant 98 jours, Mutuel Assurances SA verse la différence entre le montant maximum de l'allocation de maternité et l'indemnité d'accouchement assurée.

3.2.3 Coordination avec les indemnités journalières de maladie

Après chaque accouchement donnant droit aux prestations de maternité selon l'APG, le versement des indemnités journalières de maladie est suspendu pendant la durée de versement de l'allocation de maternité.

3.2.4 Troubles de santé pendant la grossesse

Pendant les 14 derniers jours précédant l'accouchement, l'indemnité journalière de maladie est remplacée par l'indemnité d'accouchement, quelle que soit la nature du trouble. L'indemnité journalière complémentaire de 14 jours (cf. point 3.2.2) ne peut alors être perçue après la naissance.

3.3 Calcul des prestations en fonction du salaire

Les prestations sont calculées d'après le salaire dû à la personne assurée pendant l'incapacité de travail pour cause de maladie. Le salaire journalier correspond à 1/365^{ème} du salaire annuel AVS. Pour les collaborateurs rémunérés à l'heure, l'assurance se base sur un salaire journalier moyen approprié.

3.4 Prestations en cas de maladies antérieures

Pour les maladies assurées survenues avant l'entrée de la personne assurée, les prestations sont versées pendant la durée maximale de 700 jours (couverture intégrale).

3.5 Prestations pour les employés soumis à la CCNT Restauration, une CCT locale ou un CTT

Les personnes soumises à la convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés, une convention collective de travail locale ou un contrat type de travail bénéficient des prestations prévues par la CCNT, la CCT ou le CTT ou de celles prévues par Manor, dans la mesure où ces dernières sont plus favorables.

4. Dispositions diverses

4.1 Début et fin de la couverture d'assurance

4.1.1 Début de la couverture d'assurance

L'assurance prend effet le jour (00h00) où l'employé entre ou aurait dû entrer en fonction sur la base de son contrat, au plus tôt cependant au début du contrat d'assurance. Pour les personnes qui ne sont pas aptes à travailler à 100% au début des rapports de travail, la couverture d'assurance prend effet à partir du moment où elles deviennent aptes à travailler à 100%.

Si des assurés ont droit à des conditions plus avantageuses sur la base de conventions de libre passage, celles-ci sont applicables.

4.1.2 Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance s'éteint pour toute personne assurée

- si elle quitte le cercle des personnes assurées (départ du groupe Manor)
- en cas d'interruption de travail, dans la mesure où aucun salaire n'est dû pendant l'interruption du travail; la couverture d'assurance ne s'éteint pas en cas d'interruptions de salaire suite à une maladie, à un accident, à un service militaire dans l'armée suisse ou à un service dans la protection civile.
- à l'âge de retraite AVS
- à l'âge de 70 ans, si elle continue de travailler au-delà de l'âge AVS
- en cas de départ en retraite avant l'âge de retraite AVS
- lorsque le droit aux prestations est définitivement éteint sous réserve de l'assurance indemnités journalières complémentaire
- en cas de chômage

4.1.3 Prestations après expiration de la couverture d'assurance

Les prestations pour des maladies qui sont survenues pendant la durée du contrat et qui se poursuivent sans interruption au-delà de la fin de la couverture d'assurance sont encore versées après expiration de la couverture d'assurance jusqu'au début du versement d'une rente de la caisse de pension (selon la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité), mais au plus tard jusqu'à l'échéance de la période d'indemnisation convenue.

4.1.4 Droit de libre passage

En cas de sortie du cercle des assurés ou à l'expiration de ce contrat, toute personne assurée domiciliée en Suisse a le droit de contracter auprès de Mutuel Assurances SA une assurance individuelle pour perte de gain en cas de maladie. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les 3 mois. Les frontaliers peuvent faire valoir ce droit dans la mesure où ils continuent de travailler en Suisse et que leur lieu de travail se situe en Suisse. L'adresse de l'employeur suisse doit pouvoir être utilisée pour la correspondance. Si, au moment du passage à l'assurance individuelle, l'assuré est en incapacité de travail ou s'il subit une récurrence dans les 12 mois, les jours pour lesquels des prestations ont été versées dans le cadre de l'assurance collective, sont également imputés à l'assurance collective. Il n'existe pas de droit de transfert à partir de l'âge de 70 ans ou lors de la perception d'une rente AVS.

4.2 Obligations en cas de maladie

4.2.1 Obligations de l'assuré

S'il est probable qu'une maladie entraînera des prestations,

- l'assuré doit le communiquer sans délai à l'employeur.
- il convient de recourir dès que possible, mais au plus tard le 4^{ème} jour de maladie, à un traitement médical approprié.

Si Mutuel Assurances SA et Manor en font la demande, la personne assurée doit se faire examiner par un deuxième médecin ou un médecin conseil mandaté par Mutuel Assurances SA.

L'employeur a le droit d'ordonner le recours à un médecin conseil. Les frais de cet examen sont pris en charge par l'entreprise.

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à diminuer les prestations, en particulier ce qui favorise la guérison. Elle doit s'abstenir de tout ce qui retarde celle-ci. En particulier, elle doit observer les prescriptions médicales.

4.2.2 Non respect des obligations

En cas de non respect inexcusable des obligations, influençant la constatation ou l'étendue des suites de la maladie, Mutuel Assurances SA peut réduire ses prestations, voire, dans des cas graves, refuser d'en verser. Aucune réduction ne sera toutefois appliquée s'il est prouvé que le comportement fautif n'a pas exercé d'influence sur la constatation ou l'étendue des suites de la maladie.

4.3 Soutien en cas de maladie

Mutuel Assurances SA soutient la personne malade dans le processus de guérison de la manière suivante:

- Suivi complet de la personne malade par un Case Manager en vue du retour au travail
- Clarifications sur place en ce qui concerne le tableau clinique, l'incapacité de travail, l'environnement social et familial

4.4 Médecin et secret médical

Est considéré comme médecin, tout médecin diplômé de la Confédération et autorisé à exercer la profession; à l'étranger, toute personne titulaire d'un diplôme équivalent, autorisée à exercer la profession. La personne assurée est tenue de délier du secret professionnel vis-à-vis de Mutuel Assurances SA les médecins qui la traitent ou qui l'ont traitée.

5. Litiges, entrée en vigueur et traduction

5.1 Droit applicable et for

Dans la mesure où le texte du présent contrat contient des dispositions contraires, les conditions générales et les conditions particulières de l'assurance perte de gain collective Mutuel Assurances SA selon la LCA, polices no 2152384 et 2157612, sont applicables.

Toute action contre Mutuel Assurances SA peut être intentée par le preneur d'assurance ou l'ayant droit à son domicile suisse ou au siège de l'assureur. Pour les frontaliers, c'est le lieu de travail en Suisse qui est déterminant.

5.2 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} avril 2025.

Il remplace et annule tous les règlements antérieurs.

5.3 Traduction

En cas de litige, seul le texte allemand fait foi.

Bâle, le 1^{er} avril 2025