

Contrat-cadre pour la solution de branche

pour

l'assurance-maladie collective d'indemnités journalières

entre

**l'association paritaire location de services
Secrétariat du fonds social
c/o Kessler & Co AG
Forchstrasse 95 / PF
8032 Zürich**

et les

**assureurs selon
le point 1.1 de ce wording**

Interlocuteurs Tous les assureurs selon le point 1.1.

Premier début 1^{er} janvier 2012

Début de la modification 1^{er} janvier 2024

Date d'émission 5 septembre 2024

Table des matières

1. Introduction	4
1.1. <i>Partenaires contractuels</i>	4
1.2. <i>Objectifs</i>	4
1.3. <i>Reconnaissance des assureurs</i>	4
1.4. <i>Admission d'entreprises assujetties</i>	4
1.5. <i>Rapport d'assurance entre les assureurs et les entreprises assujetties</i>	5
1.6. <i>Protection d'assurance</i>	5
1.7. <i>Conséquences de la résiliation du contrat/ ou du contrat-cadre ou de la solution de branche</i>	5
1.8. <i>Sortie d'un assureur de la solution de branche</i>	5
1.9. <i>Adhésion d'autres organismes d'assurance à la solution de branche</i>	6
1.10. <i>Demandes d'offres</i>	6
1.11. <i>Exclusivité</i>	6
1.12. <i>Réglementation transitoire</i>	6
1.12.1. <i>Entreprises de location de services soumises à la CCT depuis le 1^{er} juillet 2023</i>	6
2. Principes pour l'aménagement de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie	7
2.1. <i>Bases du contrat</i>	7
2.2. <i>Dérogations / Compléments aux Conditions générales d'assurance (CGA)</i>	7
2.2.1. <i>Conditions d'admission pour la conclusion de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie</i>	7
2.2.2. <i>Procédure d'admission pour chaque assuré</i>	7
2.2.3. <i>Participation à l'excédent</i>	7
3. Groupes de personnes et étendue de la couverture pour l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie	8
3.1. <i>Application pratique Durée d'allocation des prestations des variantes des groupes de personnes 1+2</i>	9
4. Conditions de primes pour l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie	10
4.1. <i>Segmentation des entreprises par masse salariale annuelle</i>	10
4.2. <i>Taux de primes pour l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie</i>	10
4.2.1. <i>Bonus / Malus</i>	10
4.2.2. <i>Affaires en cours et nouvelles affaires</i>	10
4.2.3. <i>Adaptation des primes</i>	11
4.2.4. <i>Crédits de primes de 0,40% du salaire provenant du fonds social</i>	11
4.3. <i>Annexes</i>	11
5. Conditions particulières d'assurance (CP)	12
5.1. <i>Cercle des personnes assurées</i>	12
5.2. <i>Âge maximal / Âge final</i>	12
5.3. <i>Durée limitée des prestations pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite</i>	12
5.4. <i>Affections préexistantes</i>	12
5.5. <i>Maladies non assurées</i>	13
5.6. <i>Renonciation à la réduction des prestations en cas de négligence grave ayant entraîné une maladie assurée</i>	13
5.7. <i>Délai d'attente</i>	13
5.8. <i>Durée d'allocation des prestations</i>	13
5.9. <i>Délai de rechute</i>	13
5.10. <i>Salaire de référence pour l'évaluation des prestations</i>	13

5.11.	<i>Droit de transfert dans l'assurance individuelle.....</i>	<i>14</i>
5.12.	<i>Début du contrat d'assurance individuelle.....</i>	<i>14</i>
5.13.	<i>Indemnités journalières de l'assurance individuelle</i>	<i>14</i>
5.14.	<i>Droit d'adaptation des primes en cas de modification de la convention collective de travail.....</i>	<i>14</i>
6.	Traitement des prestations, Case / Care Management.....	14
6.1.	<i>Déclaration et traitement des cas de prestations</i>	<i>14</i>
6.2.	<i>Case / Care Management</i>	<i>14</i>

1. Introduction

1.1. Partenaires contractuels

Le présent contrat-cadre, au sens d'une solution de branche pour toutes les entreprises soumises à la convention collective de travail (CCT) pour la location de services, est conclu entre les parties mentionnées ci-dessous. Les différents organismes d'assurance:

- Groupe Mutuel Assurances GMA SA, 1920 Martigny
- Helsana Assurances SA, 8081 Zurich
- Sympany Assurances SA, 4002 Bâle
- SWICA Assurance SA, 8401 Winterthur
- Visana Services AG, 3000 Berne 16

et exclusivement pour le segment 2

- Zurich Compagnie d'Assurances SA, 8050 Zurich

et de

l'association paritaire location de services
Secrétariat du fonds social
c/o Kessler & Co AG
Forchstrasse 95 / PF
8032 Zürich

1.2. Objectifs

Les parties concluent le contrat-cadre (ci-après dénommé solution de branche) dans le but de fixer les conditions-cadres obligatoires pour la mise en œuvre de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie entre les assureurs selon le point 1.1. du présent wording (ci-après dénommés assureurs) et l'association paritaire location de services, secrétariat du fonds social, c/o Kessler & Co AG, Forchstrasse 95, 8032 Zurich.

La solution de branche est ouverte à toutes les entreprises de location de services soumises à la convention collective de travail (CCT) pour la location de services (ci-après dénommées entreprises assujetties), qu'elles soient acquises par un assureur de la solution de branche, un intermédiaire, un courtier, swissstaffing (Fédération Suisse des Entreprises de Travail Temporaire) ou l'association Fonds paritaire d'application, de formation et social pour le secteur de la location de services

1.3. Reconnaissance des assureurs

Le Fonds paritaire reconnaît les assureurs comme partenaires d'assurance de la solution de branche. Il recommande aux entreprises assujetties de conclure l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour les travailleurs détachés, soumis à la CCT pour le travail temporaire, auprès des assureurs conformément au point 1.1. du présent contrat-cadre.

1.4. Admission d'entreprises assujetties

Les tarifs ou taux de primes minimaux figurant aux annexes 1 et 2 valent pour les collaborateurs et collaboratrices placés, avec un salaire brut à concurrence du gain maximal assuré selon la Suva, qui sont soumis à une CCT générale ou soumis obligatoirement à la LPP et qui ne perçoivent pas de rente AVS. Le tarif de prime pour les collaborateurs/trices placés, avec un salaire brut à concurrence du gain maximal assuré selon la Suva, qui sont soumis exclusivement à une CCT générale pour la location de services, qui ne sont pas soumis obligatoirement à la LPP et qui ne perçoivent pas de rente AVS, est réglé au point 4.2.

Sur la base de la solution de branche, les différentes entreprises soumises à la CCT pour le secteur de
15 novembre 2024

la location de services peuvent conclure des contrats collectifs d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (contrats d'affiliation) avec les assureurs. Les contrats sont basés sur la loi sur le contrat d'assurance (LCA), les Conditions générales d'assurance (CGA) respectives pour l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, selon la LCA des différents assureurs, ainsi que les conditions particulières (voir point 5).

La condition préalable à une offre pour les nouvelles entreprises est l'existence d'une autorisation d'exploitation pour la location de services (canton ou SECO), ainsi que l'assujettissement confirmé de l'entreprise à la «CCT Location de services» en vigueur. Les entreprises qui résilient un contrat d'affiliation existant, le font résilier par un représentant ou ne signent pas ou pas à temps une offre de prolongation ne sont pas soumises à l'obligation impérative de conclure une assurance. En font également partie les résiliations des contrats d'affiliation par les assureurs en cas de mauvaise collaboration répétée, comme par exemple en cas de violation grave des obligations contractuelles par des omissions inexcusables, en cas d'interruptions répétées de la couverture suite à des arriérés de primes en souffrance, en cas d'obtention frauduleuse de prestations. Dans ces cas, une affiliation obligatoire auprès d'un assureur est exclue.

Les entreprises affiliées auprès des assureurs sur la base de la solution de branche et soumises à la CCT Location de services constituent une communauté de risque distincte auprès de chaque assureur. Les différents assureurs sont eux-mêmes responsables de leur portefeuille dans le cadre du présent contrat-cadre.

La procédure d'admission des différents contrats d'affiliation entre les assureurs et les différentes entreprises soumises à la CCT Location de services se fait directement par les assureurs.

1.5. Rapport d'assurance entre les assureurs et les entreprises assujetties

Le rapport d'assurance est fondé sur la conclusion d'un contrat d'affiliation entre l'un des assureurs mentionnés au point 1.1 et l'entreprise individuelle soumise à la CCT Location de services.

Le contrat d'affiliation s'appuie sur les conditions définies dans le présent contrat-cadre.

1.6. Protection d'assurance

La couverture d'assurance des différents assurés/es prend effet 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. Conséquences de la résiliation du contrat/ ou du contrat-cadre ou de la solution de branche

En cas de dissolution de la solution de branche, les assureurs ont le droit, conformément au point 1.1, d'adapter les conditions contractuelles des différents contrats d'assurance pour l'année d'assurance suivante.

1.8. Sortie d'un assureur de la solution de branche

Si un assureur se retire de la solution de branche, il doit l'annoncer par écrit, six mois avant la fin d'une année civile, à

l'association paritaire location de services
Secrétariat du fonds social
c/o Kessler & Co AG
Forchstrasse 95/PF
8032 Zürich

Les assureurs de la solution de branche doivent recevoir une information de la part de l'assureur sortant en même temps qu'une copie de la lettre de résiliation.

L'assureur sortant a le droit d'adapter les conditions contractuelles des différents contrats d'assurance de son portefeuille pour l'année d'assurance suivante. L'assureur sortant communique les nouvelles conditions de prime à l'entreprise assujettie, au plus tard trois mois avant la fin de l'année d'assurance. Suite à cela, l'entreprise assujettie a le droit de résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. En l'absence d'une résiliation de la part de l'entreprise affiliée, il est admis que celle-ci consent à l'adaptation du contrat.

1.9. Adhésion d'autres organismes d'assurance à la solution de branche

Sous réserve de l'approbation de la Commission de la concurrence (COMCO) et de l'accord de tous les assureurs de la solution de branche, d'autres assureurs peuvent adhérer à la solution de branche moyennant une taxe à convenir.

1.10. Demandes d'offres

En cas de demande d'offre avec un assureur précédent, l'assureur invité à établir l'offre se procure les informations nécessaires sur le contrat et l'évolution dans le cadre de la convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie. Pour le calcul de la prime, il est renvoyé aux points 4.1., 4.2. et 4.2.1.1.

1.11. Exclusivité

Les assureurs selon le point 1.1. s'engagent, après l'entrée en vigueur de la solution de branche, à ne pas assurer d'entreprises soumises à la CCT Location de services en dehors de la solution de branche. Ainsi, tous les assureurs n'assurent pas les entreprises affiliées à la solution de branche autrement que sur la base du contrat-cadre de la solution de branche.

1.12. Réglementation transitoire

1.12.1. Entreprises de location de services soumises à la CCT depuis le 1^{er} juillet 2023

Pour les contrats d'affiliation qui relèvent du champ d'application de la CCT Location de services au 1^{er} juillet 2023, la conversion du contrat aux conditions de la solution de branche du présent contrat-cadre doit être effectuée le plus rapidement possible par les assureurs conformément au point 1.1. Elle doit avoir lieu au plus tard le 1^{er} janvier 2024 ou à l'échéance du contrat. Les contrats existants avec une solution d'assurance LAMal restent valables. Une adaptation ou une conversion relève de la responsabilité de chaque assureur.

2. Principes pour l'aménagement de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

2.1. Bases du contrat

Le rapport d'assurance est réglé dans les contrats d'affiliation conclus entre les entreprises assujetties et les assureurs, les dispositions de la présente solution de branche primant ou complétant les Conditions générales d'assurance (CGA) correspondantes.

2.2. Dérogations / Compléments aux Conditions générales d'assurance (CGA)

En complément partiel aux Conditions générales d'assurance respectives de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, les conditions suivantes sont également applicables.

2.2.1. Conditions d'admission pour la conclusion de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

Cercle de personnes	Examen des risques
Les travailleurs détachés du preneur d'assurance qui sont soumis à la CCT Location de services.	Les réserves déjà existantes (exclusions de couverture) sont reprises; des chiffres empiriques (indications sur les sommes salariales et les indemnités journalières versées) des trois dernières années ainsi que des 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 ne dépassant pas le gain maximal assuré selon la Suva, l'admission dans l'assurance de certaines personnes, non mentionnées nommément, se fait sans examen de santé.

Pour les contrats sans assureur précédent, les cas de prestations en cours ne sont pas pris en charge.

2.2.3. Participation à l'excédent

Dans le segment 1 (cf. point 4.1), aucune participation aux excédents ne peut être proposée jusqu'à une masse salariale annuelle de 1,5 million de francs.

À partir d'une masse salariale annuelle > 1,5 million de francs, les règles d'application obligatoires suivantes s'appliquent dans le segment 1:

part de prime déterminante	60%
Part d'excédent déterminante	50%

La prime déterminante pour le décompte de la participation aux excédents contractuelle est celle qui a été facturée et payée par les assureurs à l'entreprise de location de services concernée. Les bonifications de primes provenant du fonds social ne sont pas prises en compte dans la participation à l'excédent du contrat.

La période de décompte est de trois années d'assurance complètes et consécutives.

Les assureurs de la solution de branche peuvent choisir librement la structure de la part de prime et d'excédent déterminante dans le segment 2.

3. Groupes de personnes et étendue de la couverture pour l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

Groupe de personnes 1	Les collaborateurs placés, avec un salaire brut à concurrence du gain maximal assuré selon la Suva, qui sont soumis à une CCT générale ou soumis obligatoirement à la LPP et qui ne perçoivent pas de rente AVS
Montant des prestations	80% ou 90% du gain assuré Délai d'attente Selon annexe 1
Durée allocation des prest.	720 jours dans un délai de 900 jours consécutifs par personne, déduction faite du délai d'attente convenu in- dividuellement ou 730 jours par cas de maladie, déduction faite du délai d'attente con- venu individuellement
Salaire assuré	Salaire soumis à l'AVS Salaire maximal: gain maximal assuré selon la Suva par personne et par an
Groupe de personnes 2	Les collaborateurs placés, avec un salaire brut à concurrence du gain maximal assuré selon la Suva, qui sont soumis exclusivement à une CCT générale pour le placement de travailleurs, qui ne sont pas soumis obligatoirement à la LPP et qui ne perçoivent pas de rente AVS.
Montant des prestations	80% ou 90% du gain assuré Délai d'attente Selon annexe 1
Durée allocation des prest.	Durée d'allocation des prestations de 60 jours dans un délai de 360 jours, déduction faite du délai d'attente
Salaire assuré	Salaire soumis à l'AVS Salaire maximal: gain maximal assuré selon la Suva par personne et par an

Les travailleurs/euses placés dont le salaire brut est supérieur au gain maximal assuré selon la Suva ainsi que les travailleurs/euses permanents (personnel de base) ne sont pas soumis à la CCT Location de services. Ces personnes doivent être assurées par le biais d'un groupe de personnes distinct ou d'un contrat collectif séparé.

3.1. Application pratique Durée d'allocation des prestations des variantes des groupes de personnes 1+2

	Durée d'allocation des prestations 730 jours (Couverture de coordination LPP)	Durée d'allocation des prestations 720 jours dans une période de 900 jours ou 60 jours dans une période de 360 jours selon la LCA
Incapacité de travail partielle	L'indemnité journalière est versée à partir d'un taux d'incapacité de travail d'au moins 25%.	L'indemnité journalière est versée à partir d'un taux d'incapacité de travail d'au moins 25%.
Durée d'allocation des prestations	730 jours par cas de maladie après déduction du délai d'attente. Les jours d'incapacité de travail partielle comptent comme des jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.	720 jours dans une période de 900 jours ou 60 jours dans une période de 360 jours par personne, après déduction du délai d'attente convenu. Les jours d'incapacité de travail partielle de 25% au moins comptent comme jours entiers pour le calcul de la durée d'allocation des prestations.
Prestations de tiers	Si la personne assurée a droit à des prestations de tiers, l'assureur complète les prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. Le droit à l'indemnité journalière en cas de prise en compte de prestations de tiers n'est pas prolongé.	Si la personne assurée a droit à des prestations de tiers, l'assureur complète les prestations jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. Le droit à l'indemnité journalière en cas de prise en compte de prestations de tiers n'est pas prolongé.
Remarques	Aucune	Aucune

4. Conditions de primes pour l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

4.1. Segmentation des entreprises par masse salariale annuelle

La structure tarifaire pour les entreprises à assurer est divisée en deux segments.

Segment 1: entreprises avec une masse salariale annuelle inférieure ou égale à 3 mio de francs

Segment 2: entreprises avec une masse salariale annuelle supérieure à 3 mio de francs

La masse salariale annuelle définitive de l'année précédente des travailleurs/euses détachés soumis à la CCT Location de services est déterminante pour l'attribution à un segment.

4.2. Taux de primes pour l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

Les taux de primes figurent dans l'annexe 1. Des taux de primes uniformes s'appliquent aux hommes et aux femmes.

La répartition des niveaux tarifaires dans les segments s'effectue conformément au point 4.1. Les entreprises nouvellement créées et assujetties (segment 1) sont tarifées selon le niveau tarifaire 4. Pour le segment 2, les dispositions de l'assureur concerné s'appliquent.

Pour les personnes à assurer selon le groupe de personnes 2 (avec une durée de prestations réduite), les taux de primes selon l'annexe 1 sont également applicables.

4.2.1. Bonus / Malus

La base de la masse salariale utilisée pour l'année en cours est la masse salariale définitivement décomptée de l'année précédente (AKD).

Pour le segment 2, la prise en compte des provisions selon les besoins des incapacités de travail en cours se fait selon la pratique individuelle des assureurs.

4.2.2. Affaires en cours et nouvelles affaires

Les paiements d'indemnités journalières versés au cours des trois dernières années, ainsi que les prestations d'indemnités journalières estimées pour l'année en cours au moment de l'offre sont déterminants pour la répartition dans les niveaux tarifaires selon l'annexe 1 (vue de la FIBU). Le niveau tarifaire est déterminé en multipliant la masse salariale des trois dernières années et de l'année en cours au moment de l'offre par le taux de prime de l'échelon tarifaire 4 dans le segment 1 (plus la contribution aux primes du fonds social de 0,40%). La prime ainsi obtenue est comparée aux indemnités journalières effectives et estimées.

L'attribution des niveaux tarifaires se fait sur la base du taux de prestations ainsi déterminé (paiements de prestations, y compris remboursements de l'AI ou d'éventuels prestataires tiers, en % de la prime).

- Les éventuelles provisions selon les besoins relatives aux incapacités de travail en cours pendant la période d'observation sont ajoutées à 100% aux paiements moyens de prestations.
- Si ces provisions sont supérieures aux paiements moyens de prestations pendant la période d'observation, la tarification est individuelle.

Tant que les prestations d'indemnités journalières versées ne sont pas disponibles pour trois ans et l'année en cours, le niveau tarifaire 4 est appliqué.

4.2.3. Adaptation des primes

Le Fonds paritaire doit informer suffisamment tôt les assureurs de la solution de branche des planifications d'adaptation correspondantes de la CCT Location de services. En cas de modification de cette CCT ayant des répercussions sur la solution de branche, les assureurs de la solution de branche peuvent adapter les conditions de primes à l'entrée en vigueur de la modification de la CCT.

Les adaptations de primes sont fixées aussi bien sur la base de l'évolution de l'ensemble de la solution de branche que des différents contrats d'affiliation.

Si la charge des prestations de l'ensemble de la solution de branche (tous les assureurs) dépasse 80% des primes encaissées (y compris la bonification de primes provenant du fonds social) pendant la période d'observation de trois années d'assurance précédentes clôturées, le tarif de base de la solution de branche est adapté.

À l'échéance du contrat d'affiliation, la prime doit être reclassée selon les niveaux tarifaires de l'annexe 1, en tenant compte de la période d'observation (trois ans et année en cours). Il appartient à chaque assureur de décider si une garantie de prime de trois ans (sans supplément) est accordée.

4.2.4. Crédits de primes de 0,40% du salaire provenant du fonds social

Les taux de primes indiqués à l'annexe 1 tiennent compte de la bonification de prime de 0,40% provenant du fonds social, conformément à la CCT Location de services.

Au début de chaque année d'assurance, un acompte est versé aux assureurs qui ont conclu des contrats d'affiliation, à partir du fonds social prévu par la CCT Location de services. Pour calculer la bonification définitive en faveur de l'assureur concerné, celui-ci communique jusqu'au 31 mai au Fonds paritaire d'application, de formation et social pour le secteur de la location de services la masse salariale définitivement décomptée de l'année précédente. Le Fonds paritaire d'application, de formation et social pour le secteur de la location de services verse aux assureurs, jusqu'au 30 juin de chaque année, l'avoir de prime calculé à partir de la masse salariale définitivement décomptée, multipliée par 0,40%.

La déclaration annuelle comprend en outre la déclaration sommaire des participations aux excédents versées. Le versement de l'avoir de prime de 0,40% est lié à l'utilisation légale de la participation aux excédents, qui est vérifiée au cas par cas par l'organe de contrôle de l'association paritaire location de services. Les assureurs communiquent au cas par cas, sur demande de l'organe de contrôle de l'association paritaire location de services, les décomptes d'excédents avec des parts de bénéfice supérieures à un montant de 50 000 francs ou plus, pour autant que le droit soit documenté contractuellement ou que le preneur d'assurance autorise l'assureur à fournir des renseignements. Ce droit est documenté par contrat lors de la conclusion de nouveaux contrats ou de l'adaptation du portefeuille.

Aucune indemnité (commission et courtage) ne peut être versée aux partenaires de vente internes et externes des assureurs sur les avoirs de primes issus du fonds social.

En cas de suppression ou de modification des avoirs, l'assureur a le droit d'adapter la prime au plus tard à la prochaine échéance principale. Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours après réception de l'information concernant l'adaptation de primes. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, il est réputé avoir accepté la modification du contrat.

4.3. Annexes

Les annexes au présent contrat font partie intégrante de celui-ci. Au plus tard six mois avant la fin de l'année d'assurance, les assureurs informent par écrit le Fonds paritaire d'application, de formation et social pour le secteur de la location de services des éventuelles modifications ou adaptations.

5. Conditions particulières d'assurance (CP)

Les conditions particulières font partie intégrante de tout contrat d'affiliation basé sur la présente solution de branche. Les assureurs s'engagent à reprendre par analogie les CP mentionnées ci-après dans les différents documents d'offre ou de contrat d'affiliation, dans la mesure où les conditions générales d'assurance y dérogent.

5.1. Cercle des personnes assurées

Tous les travailleurs et travailleuses mis à disposition et soumis à la CCT Location de services sont assurés. Aucune personne ayant un salaire effectif ne doit être exclue du cercle des personnes assurées. La seule exception est le point 5.2.

5.2. Âge maximal / Âge final

Sont assurées les personnes ou groupes de personnes mentionnées dans le contrat qui sont employées dans l'entreprise assurée et n'ont pas encore atteint l'âge de 70 ans révolus.

5.3. Durée limitée des prestations pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite

À partir de l'âge de la retraite AVS, l'indemnité journalière est versée pendant 180 jours au maximum pour tous les cas d'assurance en cours et à venir; au plus tard toutefois jusqu'à l'âge de 70 ans. S'il existe une incapacité de travail au moment où est atteint l'âge de la retraite AVS, le droit aux prestations expire à ce moment, à moins que la personne assurée ne puisse apporter la preuve que les rapports de travail se seraient poursuivis en cas de capacité de travail.

5.4. Affections préexistantes

Une incapacité de travail en raison de la réapparition d'affections préexistantes, pour lesquelles la personne assurée a été traitée avant son entrée dans l'assurance, est dédommée selon l'échelle suivante:

Durée d'engagement auprès de l'employeur actuel	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

Les missions effectuées chez le même employeur au sein d'une période de 12 mois sont cumulées.

1. Les prestations mentionnées sont valables si, lors de la première apparition de l'affection, la personne assurée n'était pas couverte dans le cadre d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie auprès d'un assureur en Suisse. La limitation de la durée des prestations concerne également les éventuelles rechutes d'une affection pour laquelle la durée limitée des prestations était valable lors de la première apparition des maux (en tenant compte des prestations déjà fournies).
2. Si une personne assurée a bénéficié pour une affection de prestations d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, auprès d'un assureur en Suisse, sans restriction de la limitation des prestations selon l'alinéa 1, et que cette affection présente une rechute, l'assureur de la solution de branche verse des indemnités journalières (en tenant compte des prestations déjà versées), pour la durée des prestations non encore utilisées dans le cas initial.

3. La durée des prestations pour les cas visés au point 2 s'élève au total (première rechute et rechute) à 720 jours maximum pour les assurés/es du groupe de personnes 1 et à 60 jours maximum pour ceux et celles du groupe de personnes 2.
4. La durée d'allocation des prestations restreinte ne s'applique pas lorsque l'assuré a droit à des conditions plus avantageuses sur la base des dispositions de la convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie (les dispositions de la convention de libre passage s'appliquent également en cas de passage dans un autre contrat collectif au sein de la même société d'assurance).

5.5. Maladies non assurées

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas:

- de maladies qui sont indemnisées par l'assurance-accidents légale (LAA);
- d'atteintes à la santé dues à l'action de rayons ionisants (à l'exception des atteintes à la santé dues à un traitement par rayons prescrit par un/e médecin pour une maladie assurée);
- de maladies consécutives à des faits de guerre. Si la personne assurée se trouve en dehors de Suisse et est surprise par la survenance de tels incidents liés à la guerre, la protection d'assurance s'éteint cependant seulement 14 jours après leur première apparition.

5.6. Renonciation à la réduction des prestations en cas de négligence grave ayant entraîné une maladie assurée

Les assureurs renoncent au droit que leur confère la loi de réduire les prestations d'assurance si la personne assurée a provoqué la maladie par une négligence grave.

5.7. Délai d'attente

Le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail d'au moins 25% attestée médicalement, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical. Les jours d'incapacité de travail partielle de 25% au moins comptent comme des jours entiers pour le calcul du délai d'attente.

5.8. Durée d'allocation des prestations

Les jours d'incapacité de travail partielle de 25% au moins comptent comme des jours entiers pour le calcul du délai d'attente. La durée des prestations est calculée conformément aux CGA applicables à la police d'assurance.

5.9. Délai de rechute

La réapparition d'une maladie (rechute) est considérée, en ce qui concerne la durée d'allocation des prestations et le délai d'attente, comme un nouveau cas de maladie lorsque l'assuré/e n'a pas été dans l'incapacité de travailler en raison de cette affection pendant 12 mois (pour une durée d'allocation des prestations de 730 jours par cas) ou pendant 6 mois (pour une durée d'allocation des prestations de 720 jours en l'espace de 900 jours).

5.10. Salaire de référence pour l'évaluation des prestations

Comme base pour l'évaluation de l'indemnité journalière en pourcent s'applique le dernier salaire AVS perçu avant l'incapacité de travail due à la maladie. Reste réservée une adaptation dans les cas pour lesquels le salaire ne correspondrait plus à la situation effective (gain perdu présumé). Ce salaire est converti sur une année entière et divisé par 365.

Si le gain est soumis à de fortes variations (p. ex. personnes employées à l'heure, intérimaires, bénéficiaires de commissions, personnes employées irrégulièrement), le salaire brut AVS obtenu dans

l'entreprise assurée au cours des 12 mois précédant la maladie est converti en une année complète et divisé par 365, pour le calcul de l'indemnité journalière.

Les indemnités journalières calculées sont allouées pour chaque jour civil.

5.11. Droit de transfert dans l'assurance individuelle

En cas de sortie du cercle des assurés ou de résiliation du contrat d'affiliation, l'assuré/e domicilié/e en Suisse a le droit de passer dans l'assurance individuelle. Le droit de passage doit être fait valoir par écrit, dans un délai de 90 jours.

Pour les cas suivants, il n'est pas possible de faire valoir un droit de passage:

- lors d'un changement d'emploi et du passage dans l'assurance-maladie d'indemnités journalières du nouvel employeur ou lors de la fin du contrat et la prolongation par un autre assureur, pour le même cercle de personnes, dans la mesure où le nouvel assureur doit garantir la même couverture d'assurance dans le cadre de la convention de libre passage;
- après atteinte de l'âge de retraite AVS
- en cas d'abus ou de tentative d'abus de l'assurance;
- pour les travailleurs/euses mis à disposition qui sont soumis exclusivement à la CCT Location de services et ne sont pas obligatoirement assujettis à la LPP.

5.12. Début du contrat d'assurance individuelle

L'assurance individuelle débute un jour après la sortie du cercle des personnes assurées ou après la fin du contrat collectif.

5.13. Indemnités journalières de l'assurance individuelle

Si une incapacité de travail existe au moment du transfert, les indemnités journalières déjà versées au titre du contrat collectif sont imputées sur la durée des prestations de l'assurance individuelle.

5.14. Droit d'adaptation des primes en cas de modification de la convention collective de travail

En cas de modifications de la CCT Location de services, avec effet sur l'assurance-maladie d'indemnités journalières, chaque assureur figurant au point 1.1 peut adapter, en dérogation aux Conditions générales d'assurance, les taux de primes aux nouvelles conditions, pour l'entrée en vigueur des modifications CCT.

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours après réception de l'information concernant l'adaptation de primes. En l'absence d'une résiliation de la part du preneur d'assurance, il est admis que celui-ci consent à l'adaptation du contrat.

6. Traitement des prestations, Case / Care Management

6.1. Déclaration et traitement des cas de prestations

Le traitement ordinaire des prestations, comme l'examen de l'incapacité de travail et toutes les mesures qui en découlent au niveau individuel, s'effectue conformément aux processus et directives individuels de l'assureur.

6.2. Case / Care Management

Chaque assureur garantit que tous les cas présentant une incapacité de travail de plus de 30 jours sont examinés quant au potentiel d'activités dans le sens d'un «Case / Care Management» et gérés, lorsque cela est indiqué, selon les procédures courantes. Cela couvre toutes les activités dans le

contexte de l'intégration professionnelle ainsi que la connexion avec les assurances sociales, les organisations privées et les institutions impliquées,

respectivement la collaboration et la coordination avec des tiers. La procédure détaillée se déroule conformément aux processus et directives individuels de l'assureur.