

Conditions Générales
d'Assurance
Assurance Indemnité
Journalière en cas
d'Incapacité de Travail
Partie I

pour le tarif IKTA

Version : 01.06.2002



Conditions Générales d'Assurance pour l'Assurance Indemnité Journalière

Partie I

Conditions Générales pour l'Assurance Indemnité Journalière en cas d'Incapacité de travail

GARANTIE

Article 1

Objet, étendue et territorialité de l'assurance

- 1) L'assureur couvre la perte de revenu suite à une maladie ou à un accident, pour autant que celui-ci soit à l'origine d'une incapacité de travail. En cas de réalisation du risque, il garantit une indemnité journalière dont le montant a été fixé contractuellement pour la durée de l'incapacité de travail.
- 2) Aux termes du présent contrat, il y a accident lorsque l'assuré subit involontairement un dommage portant atteinte à sa santé du fait d'un événement extérieur.

Il y a également accident lorsqu'en raison d'un effort excessif des articulations ou de la colonne vertébrale, une articulation est luxée ou que des muscles, des tendons, des ligaments ou des capsules sont distendus ou déchirés.
- 3) Est considéré comme réalisation du risque le traitement médicalement requis d'un assuré en raison d'une maladie ou par suite d'un accident entraînant une incapacité de travail constatée médicalement. La réalisation du risque commence avec le traitement curatif, et il prend fin lorsqu'un examen médical établit que l'incapacité de travail ou la nécessité de traitement n'existent plus. Une nouvelle maladie nécessitant un traitement curatif ou une séquelle d'accident survenant en cours de traitement, étant elle-même traitée et entraînant une incapacité de travail constatée médicalement, donnera seulement lieu à une nouvelle réalisation du risque s'il n'existe aucun lien causal entre ceux-ci et la première maladie ou séquelle d'accident. Si l'incapacité de travail est occasionnée simultanément par plusieurs maladies ou suites d'accident, l'indemnité journalière ne sera versée qu'une seule fois.
- 4) D'après les présentes conditions, il y a incapacité de travail lorsqu'un examen médical établit que l'assuré est temporairement incapable d'exercer d'aucune manière ses activités et qu'il ne les exerce effectivement pas, ni aucune autre activité lucrative.
- 5) L'étendue de la couverture découle de la police d'assurance, des avenants ultérieurs, des Conditions Générales d'Assurance (y compris les conditions et tarifs) ainsi que des dispositions légales en vigueur au Luxembourg.
- 6) La garantie s'applique au Grand-Duché de Luxembourg. En cas de séjour dans un autre pays européen, l'indemnité journalière fixée contractuellement est versée pour les maladies et accidents survenant subitement à l'étranger pendant la durée d'hospitalisation requise dans un établissement public. En cas d'incapacité de travail survenant à l'étranger, celle-ci débute à la date à laquelle elle est attestée par un médecin ou un médecin-dentiste établi à Luxembourg (date d'établissement du certificat).

Article 2

Prise d'effet de l'assurance

- 1) L'assurance prend effet à la date spécifiée dans la police (début de la date d'effet), **mais pas avant la conclusion du contrat d'assurance**, c'est-à-dire pas avant la signature de la police par les deux parties (les télécopies étant admises), **ni avant l'expiration du délai de carence. Pour les sinistres survenus avant la date d'effet, aucune prestation n'est accordée. Les sinistres intervenant après la conclusion du contrat d'assurance ne sont exclus de la garantie que pour autant que la période de celle-ci est située avant la prise d'effet de l'assurance ou pendant le délai de carence.**

En cas d'augmentation d'échelon tarifaire, de modification ou d'extension du contrat, les alinéas 1 à 3 s'appliquent à la prestation supplémentaire ou à la partie supplémentaire de la couverture d'assurance.

- 2) Le contrat est conclu par personne et par tarif pour une durée initiale d'une année d'assurance. Il est reconduit tacitement d'année en année, sauf résiliation écrite conforme à l'article 14.
- 3) La première année d'assurance pour le tarif concerné commence avec la date d'effet et prend fin au 31 décembre de la même année civile. Les années d'assurance suivantes coïncident avec l'année civile.

Article 3

Délai de carence

- 1) Le délai de carence commence avec la date d'effet de l'assurance.
- 2) **Le délai de carence général est de trois mois.** Il ne s'applique pas aux accidents.
- 3) **Le délai de carence particulier pour les psychothérapies, les soins dentaires, les prothèses dentaires, y compris les traitements préparatoires et réparateurs, ainsi que l'orthodontie est de huit mois.**
- 4) Le délai de carence général peut être supprimé si la conclusion d'une assurance avec certificat médical est demandée et si un rapport médical est présenté sur le formulaire prévu à cet effet par l'assureur.

Article 4

Conditions et étendue des prestations

- 1) L'indemnité journalière est versée pour le montant assuré à partir de la date convenue. Elle est au minimum de 5 euros et peut être augmentée par tranches de 1 euro.
- 2) Le total des indemnités journalières et d'autres indemnités de maladie converti au jour du calendrier ne peut excéder le revenu brut journalier provenant de l'exercice de l'activité professionnelle. Celui-ci est calculé sur la base du revenu brut moyen des douze mois précédant la demande ou l'incapacité de travail.
- 3) Le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assureur sans délai de toute diminution non passagère du revenu brut provenant de l'activité professionnelle de la personne assurée
- 4) Si l'assureur prend connaissance que le revenu brut de l'assuré a diminué en dessous du montant ayant servi de base au contrat, il est habilité indépendamment de la survenance d'un sinistre à réduire l'indemnité journalière et la prime proportionnellement à la diminution du

revenu net, avec effet au début du deuxième mois suivant la prise de connaissance de la diminution du revenu brut. Les prestations pour une incapacité de travail déjà survenue restent inchangées jusqu'à la date de la réduction.

- 5) **Le versement de l'indemnité journalière présuppose que l'assuré est en traitement chez un médecin ou un médecin-dentiste agréé ou dans un établissement hospitalier pendant toute la durée de l'incapacité de travail.**
- 6) L'assuré a le libre choix des médecins ou médecins-dentistes établis et agréés.
- 7) La survenance et la durée de l'incapacité de travail doivent être attestées par un certificat du médecin ou du médecin-dentiste traitant. Le certificat doit également mentionner la dénomination de la maladie. Les frais éventuels inhérents à ce certificat sont à charge du preneur d'assurance. **Des attestations établies par le conjoint, les parents ou les enfants ne suffisent pas pour prouver l'incapacité de travail.** Si le médecin traitant refuse de mentionner la dénomination de la maladie, l'assureur peut subordonner ses prestations à un examen médical conformément à l'article 9 alinéa 3.
- 8) En cas d'hospitalisation médicalement requise, l'assuré a la faculté de choisir parmi des hôpitaux privés et publics se trouvant sous une direction médicale permanente, disposant de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants, travaillant suivant des méthodes scientifiques généralement reconnues et tenant des dossiers médicaux.
- 9) **En cas d'hospitalisation médicalement requise dans un établissement qui offre également des possibilités de cure ou de traitement en sanatorium ou qui accueille des personnes en rééducation et qui satisfait par ailleurs aux conditions stipulées dans l'alinéa 8, les prestations visées au tarif ne sont dues que si l'assureur les a agréés par écrit avant le début du traitement.**

Article 5

Limitation des prestations

1) Aucune prestation n'est due en cas d'incapacité de travail

- a) **consécutives à une maladie ou un accident – y compris leurs suites – résultant d'événements de guerre ou reconnus comme dommages liés au service militaire et qui ne sont pas expressément inclus dans la garantie;**
- b) **consécutives à une maladie ou un accident – y compris leurs suites – causés intentionnellement ainsi que des mesures de désintoxication, y compris les cures de désintoxication, tous les traitements en vue d'une désaccoutumance;**
- c) **consécutives à une maladie ou un accident résultant de troubles de la conscience dus à la consommation d'alcool;**
- d) **consécutives à une maladie de grossesse, interruption de grossesse, de stérilisation, de fausse couche, d'un accouchement, y compris leurs conséquences;**
- e) **pendant les périodes légales d'interdiction de travail des femmes enceintes et des femmes en couches liées par un contrat de travail (protection de la maternité). Cette limitation temporaire des prestations s'applique également aux indépendants, sauf si l'incapacité de travail n'est pas en relation avec un événement visé au point d);**
- f) **lorsque l'assuré ne se trouve pas à son domicile au Grand-Duché de Luxembourg, sauf si, sans préjudice de l'alinéa 3, son hospitalisation est médicalement requise (cf. article**

4 alinéas 8 et 9). Si l'assuré est en incapacité de travail au Grand-Duché de Luxembourg en dehors de son domicile, l'indemnité journalière lui sera également versée pour la période pendant laquelle la maladie ou les suites de l'accident excluent, avec rapport médical à l'appui, son retour chez lui;

g) pendant les cures et traitements en sanatorium ainsi que pendant les mesures de convalescence;

h) pour des mesures qui ne revêtent pas une nécessité médicale directe pour le traitement de maladies, en particulier la chirurgie esthétique et ses conséquences.

2) En cas de maladies psychiques ou psychiatriques, l'indemnité journalière est uniquement versée si, et dans la mesure où, l'assureur a donné son accord par écrit sur la base d'une expertise effectuée par un médecin désigné par lui après la déclaration d'incapacité de travail visée par l'article 9 alinéa 1.

3) Aucune prestation n'est due pendant le séjour dans une ville d'eaux ou une station thermale, même en cas d'hospitalisation. Cette restriction n'est pas d'application si l'assuré y a son domicile habituel ou si, pendant un séjour temporaire, il se trouve en incapacité de travail due à une maladie aiguë indépendante de l'objet du séjour ou à un accident tant que ces événements excluent, avec rapport médical à l'appui, son retour chez lui.

Article 6

Règlement des prestations d'assurance

1) L'assureur est uniquement tenu au paiement des prestations si les preuves justificatives exigées par lui sont fournies. Celles-ci deviennent la propriété de l'assureur.

2) L'assureur est habilité à verser les prestations à la personne qui lui remet ou lui envoie les pièces justificatives en bonne et due forme.

3) Les frais résultant du versement des prestations ou de traductions peuvent être déduits des prestations.

4) Les prétentions aux prestations ne peuvent être ni cédées ni mises en gage.

Article 7

Fin de la garantie

La garantie prend fin – également pour les sinistres déjà survenus – à la fin du contrat d'assurance (articles 14 et 15). Si le contrat d'assurance prend fin en raison de la disparition de l'une des conditions d'assurabilité prévues au tarif ou en raison d'une invalidité professionnelle, l'obligation de prestations est régie par l'article 15 sub a ou b.

Obligations du preneur d'assurance

Article 8

Paiement et calcul des primes

1) Le preneur d'assurance est tenu au paiement de la cotisation (prime) convenue et des frais accessoires, y compris les impôts.

La prime est fixée à la conclusion du contrat d'assurance en fonction de l'âge d'entrée de l'assuré. L'âge d'entrée est la différence entre l'année de naissance et l'année du début de l'assurance.

- 2) La prime est une prime annuelle et est calculée à partir de la prise d'effet de l'assurance. Elle est due au début de chaque année d'assurance, mais peut également être versée par mensualités telles que prévues par le tarif, celles-ci constituant des paiements différés jusqu'à l'échéance. Elles sont payables, même après réalisation du risque, le premier du mois. Si la modification de la prime annuelle déroge à l'alinéa 10 dernière phrase, la différence de prime pour la période allant de la date de modification jusqu'au début de l'année d'assurance suivante doit être respectivement payée ou remboursée.
- 3) La première prime ou la première fraction de prime est payable au plus tard à la remise de la police d'assurance et au plus tôt à la date de prise d'effet de l'assurance.
- 4) Les primes ou fractions de primes doivent être versées avant la fin du mois au cours duquel le contrat d'assurance prend fin. Les primes payées au-delà de cette date seront remboursées. Si l'assureur doit payer des frais accessoires au-delà de la date de cessation du contrat, ceux-ci sont entièrement à charge du preneur d'assurance et sont exigibles au plus tard à la cessation du contrat d'assurance.
- 5) Les primes sont recouvrables au domicile ou au lieu de résidence du preneur d'assurance.
- 6) A défaut de payer la prime endéans les dix jours suivant la date d'échéance et après écoulement de ce délai, l'assureur peut exiger le paiement de la part du preneur d'assurance. Cette mise en demeure doit être notifiée par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu du preneur d'assurance. Les frais inhérents à cette mise en demeure sont dans tous les cas à charge du preneur d'assurance et doivent être payés avec la prime.
- 7) A défaut de payer la prime ou les frais visés à l'alinéa 6 endéans les trente jours francs à compter de la réception de la mise en demeure, l'assureur est libéré de tout engagement pour les sinistres survenus après l'expiration de ce délai.

L'assureur est obligé de verser de nouveau les prestations pour tous les nouveaux sinistres dès le paiement intégral par le preneur d'assurance des primes échues à ce moment ainsi que les frais justifiés résultant de la mise en demeure. **L'assureur n'est cependant pas tenu aux prestations, si le paiement intervient à un moment où la réalisation du risque n'est plus incertaine.**
- 8) Si les conditions prévues dans la première phrase de l'alinéa 7 sont remplies, l'assureur peut, abstraction faite de son dégagement de toute obligation de prestations, résilier le contrat endéans les dix jours.
- 9) Le calcul des primes s'effectue dans le cadre des bases techniques.
- 10) Dans le cadre des garanties contractuelles accordées, les prestations de l'assureur peuvent être modifiées, par exemple en raison de l'augmentation du nombre de journées d'incapacité de travail. Dès lors, l'assureur compare au moins une fois par an les prestations d'assurance requises avec les prestations estimées. Si cette comparaison fait apparaître une différence supérieure à 10 %, toutes les primes tarifaires sont révisées par l'assureur et, le cas échéant, adaptées, moyennant agrément d'un réviseur indépendant. En cas de différence supérieure à 5 %, toutes les primes tarifaires peuvent être révisées par l'assureur et, le cas échéant, être adaptées, moyennant agrément d'un réviseur indépendant.

Il est possible de renoncer à l'adaptation des primes si la modification des prestations d'assurance doit être considérée comme passagère.

En cas d'adaptation des primes, y compris en raison de la modification de la couverture d'assurance, le sexe et l'âge atteint par l'assuré à la date d'entrée en vigueur de la modification sont pris en compte.

L'adaptation est notifiée par écrit au preneur d'assurance et prend effet au début de l'année d'assurance qui suit pour autant que le preneur d'assurance ait été informé de l'adaptation de la prime trois mois au moins avant l'entrée en vigueur de celle-ci.

- 11) En cas d'accroissement du risque à la suite de modifications apportées au contrat, un supplément devra être payé en sus de la prime pour la partie excédant la couverture d'assurance.
- 12) En cas de modification des primes, l'assureur a la faculté de modifier également au prorata les surprimes spécialement convenues.

Article 9

Obligations

- 1) L'incapacité de travail médicalement constatée doit être signalée immédiatement à l'assureur, et au plus tard à la date à laquelle débute le droit à l'indemnité journalière prévue au tarif. Il convient de joindre à la déclaration un certificat du médecin traitant – de préférence sur un formulaire de l'assureur – indiquant la date du diagnostic et la durée prévisible de l'incapacité de travail ou d'envoyer celui-ci endéans les trois jours. **En cas de remise tardive de la déclaration, l'indemnité journalière n'est versée qu'à partir de la date de réception de la déclaration par l'assureur, mais pas avant la date prévue au tarif. En cas de prolongation de l'incapacité de travail, il convient de fournir chaque semaine un nouveau certificat médical. A défaut d'une telle attestation, aucune indemnité journalière n'est due.**

Le rétablissement de la capacité de travail est à signaler à l'assureur endéans les trois jours.

- 2) Sur demande de l'assureur, le preneur d'assurance et l'assuré doivent fournir tous les renseignements et toutes les preuves nécessaires à la constatation de la réalisation du risque ou de l'obligation de prestations de l'assureur et de son étendue. Les renseignements demandés sont également délivrables à un mandataire de l'assureur.
- 3) Sur demande de l'assureur, l'assuré est obligé de se faire examiner par un médecin désigné par l'assureur. **En cas de refus de ce contre-examen, l'indemnité journalière peut être supprimée pour la durée du refus.**
- 4) L'assuré doit veiller au rétablissement de la capacité de travail. Il doit en particulier suivre scrupuleusement les consignes du médecin et s'abstenir de tout ce qui pourrait entraver la guérison.
- 5) La conclusion d'une nouvelle assurance comportant un droit à indemnité journalière ainsi que l'augmentation d'une autre assurance de ce type auprès d'une autre compagnie requièrent impérativement l'accord de l'assureur.

Article 10

Conséquences du non-respect des obligations par l'assuré

- 1) **L'assureur est dégagé de toute obligation de prestation en cas de manquement intentionnel à l'une des obligations visées à l'article 9 alinéas 1 à 4.** En cas de manquement constituant une négligence grave, l'assureur est uniquement tenu aux prestations

dans la mesure où le non-respect n'a d'influence ni sur la constatation de la réalisation du risque ni sur la constatation ou l'étendue de la prestation due par l'assureur.

- 2) En cas de manquement intentionnel à l'une des obligations visées à l'article 9 alinéa 5, l'assureur peut dénoncer le contrat avec effet immédiat endéans les trois mois suivant la prise de connaissance de la violation. **En cas de résiliation, l'assureur est dégagé de toute obligation de prestation.**
- 3) La reconnaissance des faits et la responsabilité de l'assuré valent reconnaissance des faits et responsabilité du preneur d'assurance.

Article 11

Obligation de déclaration en cas de cessation de l'assurabilité

La cessation de l'une des conditions d'assurabilité visées au tarif ou la survenance d'une invalidité professionnelle (cf. article 15 b) d'un assuré doit immédiatement être notifiée à l'assureur. Si l'assureur apprend tardivement la survenance d'un des deux événements susmentionnés, les deux parties contractantes sont tenues de se restituer mutuellement les prestations reçues pour la période suivant l'extinction du contrat d'assurance. La perception d'une pension de retraite (cf. article 15 c) doit également être communiquée sans délai à l'assureur. Par ailleurs, la deuxième phrase de cette disposition est également d'application.

Article 12

Compensation

Le preneur d'assurance ne peut compenser les créances de l'assureur que dans la mesure où la créance en compensation est incontestée ou constatée judiciairement.

Article 13

Prescription

Toute créance résultant du contrat est prescrite dans les trois ans suivant l'événement sur lequel elle se fonde.

Article 14

Résiliation et annulation du contrat d'assurance

- 1) Sauf convention contraire, le contrat d'assurance prend fin automatiquement lorsque le preneur d'assurance
 - a) décède, si celui-ci est une personne physique;
 - b) est une personne morale, la société est dissoute;
 - c) transfère le siège de ses activités à l'extérieur du Grand-Duché de Luxembourg.
- 2) Le preneur d'assurance peut
 - a) résilier le contrat d'assurance dans sa totalité ou pour certains assurés ou certains tarifs à la fin de chaque année d'assurance moyennant un préavis de trois mois.
 - b) résilier le contrat relatif à l'assuré concerné en cas d'augmentation de prime suivant article 8 alinéa 10 ou de réduction des prestations aux termes de l'article 18, la dénonciation devant

intervenir dans le mois de la réception de la notification de modification et prenant effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

c) dans les cas prévus par l'alinéa 5, exiger la résiliation du contrat d'assurance relatif aux personnes non concernées, endéans les deux semaines suivant la réception de la notification de l'assureur, avec effet à la fin du mois au cours duquel lui est parvenue la notification de l'assureur.

3) L'assureur est habilité à résilier le contrat sans préavis si le preneur d'assurance ou un assuré a obtenu ou tente d'obtenir captieusement des prestations d'assurances. Le droit de dénonciation expire s'il n'est pas exercé endéans le mois suivant la date à laquelle l'assureur a eu connaissance des faits justifiant la résiliation.

Les autres droits de résiliation extraordinaires de l'assureur ne sont pas affectés. Le droit de résiliation ordinaire de l'assureur est exclu.

4) Le contrat est nul lorsque le manquement intentionnel à l'obligation de déclaration modifie l'appréciation du risque de façon telle que l'assureur n'aurait pas conclu l'assurance ou pas aux mêmes conditions s'il avait eu connaissance des faits. Il en va de même en cas de violation de l'obligation de déclaration pour les contrats relatifs à la modification ou à la remise en vigueur de la garantie.

Le preneur d'assurance est tenu au remboursement des prestations d'assurance reçues. L'assureur doit restituer les primes versées, sauf en cas de violation intentionnelle de l'obligation de déclaration.

5) Si dans les contrats d'assurance couvrant plusieurs personnes assurées, les conditions de résiliation visées à l'alinéa 3 ou de nullité visé à l'alinéa 4 ne sont pas remplies pour certains assurés, l'exercice des droits précités peut être limité à ces derniers.

Article 15

Autres motifs de résiliation

Le contrat d'assurance prend fin pour les personnes assurées concernées

a) en cas de disparition de l'une des conditions d'assurabilité visées au tarif, à la fin du mois au cours duquel la condition a cessée. Cependant, s'il existe à cette date une incapacité de travail découlant d'un sinistre antérieur, le contrat d'assurance ne prend pas fin avant la date jusqu'à laquelle l'assureur est tenu aux prestations visés aux tarifs pour cette incapacité de travail, mais au plus tard trois mois après la cessation de la condition;

b) à la survenance d'une invalidité professionnelle. Il y a invalidité professionnelle lorsqu'un examen médical établit que l'assuré a perdu pour une durée indéterminée plus de 50 % de sa capacité à exercer la profession qu'il exerçait jusqu'alors. Cependant, s'il existe à cette date une incapacité de travail découlant d'un sinistre antérieur, le contrat d'assurance ne prend pas fin avant la date jusqu'à laquelle l'assureur est tenu aux prestations visées au tarif pour cette incapacité de travail, mais au plus tard trois mois après la survenance d'une invalidité professionnelle;

c) à l'octroi de la pension de vieillesse, et au plus tard après accomplissement de la 65^e année à la fin du mois ou la limite d'âge est atteinte;

d) au décès;

e) au transfert du domicile du preneur d'assurance à l'extérieur du Grand-Duché de Luxembourg, à moins que d'autres dispositions n'aient été convenues.

Dispositions additionnelles

Article 16

Déclarations de volonté et notifications

- 1) Les déclarations de volonté et notifications à l'assureur requièrent la forme écrite. Les agents d'assurance ne sont pas habilités à les recevoir. Cette disposition ne s'applique pas aux propositions d'assurance ou de modification de contrats d'assurance.
- 2) Si le preneur d'assurance a omis de signaler à l'assureur un changement de domicile, une déclaration de volonté signifiée au preneur d'assurance est valablement faite au dernier domicile connu par l'assureur. La déclaration prend effet à la date à laquelle elle serait parvenue au preneur d'assurance en cas de distribution normale du courrier sans changement de domicile.

Article 17

Juridiction compétente

Seuls les tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg sont compétents pour tous les litiges résultant du présent contrat d'assurance entre le preneur d'assurance et l'assureur.

Article 18

Modifications des Conditions Générales d'Assurance

- 1) Les Conditions Générales d'Assurance peuvent être modifiées avec l'agrément d'un réviseur indépendant avec effet pour les contrats d'assurances en vigueur, même pour la période non encore écoulée de l'année d'assurance, dans la mesure où ces modifications concernent la garantie, les obligations du preneur d'assurance, les autres motifs d'extinction, les déclarations de volonté et notifications ainsi que la juridiction compétente.
- 2) Les modifications visées au paragraphe 1 prennent effet le premier jour du deuxième mois suivant leur notification au preneur d'assurance.

Les Conditions Générales d'Assurance en langue française sont une traduction et les Conditions Générales d'Assurance en langue allemande représentent la version légale.