



CONTRAT-CADRE

Assurance indemnité journalière maladie selon LAMal

AVE Association Valaisanne des Entrepreneurs | Rue de l'Avenir 11 | Case postale 62 | 1951 Sion | 027 327 32 32

Règlement

Règlement adopté le 1^{er} janvier 2021

Table des matières

Dispositions générales	3
Art. 1 Couverture d'assurance.....	3
Art. 2 Adhésion des entreprises	3
Art. 3 Personnes assurées	3
Art. 4 Admission du travailleur	3
Art. 5 Naissance de la qualité d'assuré.....	3
Art. 6 Fin ou modification de la couverture d'assurance.....	3
Art. 7 Exclusion de l'assurance indemnité journalière pour la perte de gain maladie	4
Droit aux prestations	4
Art. 8 Indemnités journalières.....	4
Art. 9 Couverture à l'étranger	4
Art. 10 Travailleurs au bénéfice d'une autorisation de séjour	4
Art. 11 Risques exclus	5
Prestations indemnités journalières	5
Art. 12 Indemnités journalières.....	5
Art. 13 Indemnités journalières en cas de maternité.....	6
Art. 14 Indemnisation des heures perdues pendant les traitements ambulatoires.....	6
Art. 15 Réduction des prestations.....	6
Primes de l'indemnité journalière	6
Art. 16 Primes	6
Mesures d'ordre et de contrôle	7
Art. 17 Statistiques	7
Art. 18 Annonce des cas.....	7
Art. 19 Discipline et heures de sortie	8
Art. 20 Gestion de l'absentéisme.....	8
Art. 21 Changement d'adresse, mutations	8
Art. 22 Voies de droit	8
Art. 23 Cas particuliers	9
Art. 24 Commission paritaire de surveillance.....	9
Validité	9
Art. 25 Entrée en vigueur et durée du contrat.....	10
Art. 26 Annexe	10

Dispositions générales

Art. 1 Couverture d'assurance

1. Le présent contrat-cadre offre l'assurance d'une indemnité journalière selon la LAMal pour compenser la perte de salaire suite à une incapacité de travail due à la maladie.

Art. 2 Adhésion des entreprises

1. Toute nouvelle affiliation, sur la base du contrat d'adhésion dûment complété et signé par l'entreprise, doit faire l'objet d'une décision du preneur d'assurance.
2. Pour les cas particuliers, par exemple lors d'une demande de réintégration au contrat, le preneur d'assurance est compétent pour fixer les conditions d'admission, après consultation des assureurs. Ceux-ci formuleront leur préavis après analyse de la sinistralité établie sur la base des données des cinq dernières années au maximum.

Art. 3 Personnes assurées

1. Les travailleurs, les employés et les apprentis au service d'une entreprise affiliée au sens de l'article 2.
2. Les chômeurs, si leur inscription à la Caisse de chômage suit immédiatement la fin du travail dans une entreprise assurée dans le contrat cadre de l'AVE. Le délai d'annonce est fixé à 30 jours dès la fin de l'activité.

Art. 4 Admission du travailleur

1. L'admission dans l'assurance indemnité journalière pour la perte de gain maladie se fait sans réserves.
2. Les entreprises sont responsables de l'envoi rapide et régulier des demandes d'admission et autres mutations au secrétariat de l'AVE.

Art. 5 Naissance de la qualité d'assuré

1. La qualité d'assuré prend naissance dès l'entrée au service d'une entreprise affiliée à l'assurance-maladie professionnelle ou à la date déterminée par le contrat d'adhésion.

Art. 6 Fin ou modification de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance prend fin:
 - en cas de décès de l'assuré;
 - en cas de départ à l'étranger;
 - à l'expiration du contrat de travail;
 - en cas d'extinction du droit aux prestations;
 - en cas de départ de l'entreprise;
 - en cas d'exclusion;
 - dès la fin du mois précédant l'ouverture du droit à la rente AVS.
2. Tout assuré quittant une entreprise affiliée au contrat AVE peut demander son transfert à l'assurance individuelle. L'assureur lui accorde des prestations équivalentes dans les limites des CGA dans l'assurance individuelle, sans formuler de nouvelles réserves. Il en est de même en cas de résiliation du contrat AVE.
3. L'employeur doit renseigner l'assuré par écrit sur son droit de libre passage. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.
4. Une entreprise membre peut présenter sa démission pour le 31 décembre de chaque année en respectant un délai de résiliation de 6 mois. Dans un cas de ce genre, le nouvel assureur privé ou social, signataire

ou non de la convention ASA, reprend l'entier des collaborateurs de l'entreprise concernée y compris les collaborateurs en incapacité de travail et ceux qui sont déjà au chômage.

5. Une entreprise membre peut modifier son délai d'attente pour le 1er janvier de chaque année en respectant un préavis de 3 mois.

Art. 7 Exclusion de l'assurance indemnité journalière pour la perte de gain maladie

1. Les assureurs partenaires peuvent exclure un assuré s'il:
 - néglige de donner un avis prescrit par les conditions générales, à moins que l'omission ne soit excusable;
 - trompe ou cherche à tromper l'assureur;
 - a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur.
2. Le preneur d'assurance peut exclure une entreprise si elle n'a pas payé ses primes.

Droit aux prestations

Art. 8 Indemnités journalières

1. Le droit aux prestations prend naissance dès l'entrée en service auprès d'une entreprise affiliée au contrat AVE, ou à la date déterminée par le contrat d'adhésion.
2. Le travailleur en capacité de gain partielle, porteur d'une attestation de sortie d'un assureur reconnu et qui répond aux conditions légales de libre passage est admis avec droit aux prestations résiduelles lors de son engagement dans une entreprise de la profession.

Art. 9 Couverture à l'étranger

1. Dans les cas de maladie survenant subitement lors d'un bref séjour à l'étranger de deux mois au plus, et aussi longtemps qu'un transfert en Suisse s'avère inopportun, les assureurs accordent les prestations suivantes :
 - les indemnités journalières, lorsque l'assuré séjourne dans un établissement hospitalier.
2. Aucune prestation n'est accordée lorsque l'assuré se rend à l'étranger pour suivre un traitement.
3. Si une personne assurée malade, qui a droit à des prestations, se rend à l'étranger sans le consentement préalable de l'assureur, elle n'a droit à aucune prestation pendant la durée de son séjour à l'étranger.

Art. 10 Travailleurs au bénéfice d'une autorisation de séjour

1. La qualité d'assuré et le droit aux prestations prennent fin à l'échéance du contrat de travail quel que soit l'état de santé et, dans tous les cas, lors du départ à l'étranger.
2. Dès l'échéance du contrat de travail, les assurés malades restent dans l'assurance collective pour les mêmes prestations en ce qui concerne la perte de salaire et ce durant toute la durée de l'incapacité de travail. La caisse leur verse l'indemnité journalière assurée pour autant qu'ils soient traités en Suisse sur préavis du médecin-conseil (sous réserve de l'alinéa 10.3 ci-après).
3. Les assureurs peuvent prolonger de 21 jours au plus le droit aux prestations d'un travailleur au bénéfice d'une autorisation de séjour désirant passer dans son pays d'origine le temps de convalescence auquel il est médicalement astreint après une grave maladie.
4. Dans des cas exceptionnels et avec l'accord préalable du médecin-conseil de l'assureur, le droit aux prestations peut être porté à 60 jours au maximum par année civile.
5. Dans tous les cas, l'autorisation préalable du médecin-traitant et de l'assureur est nécessaire.

Art. 11 Risques exclus

1. Les risques suivants ne sont pas couverts par l'assurance :
 - ceux qui sont provoqués intentionnellement ou dont la guérison est retardée par le patient, dans les cas particulièrement graves;
 - les maladies traitées à l'étranger, sous réserve des art. 8.1 et 9.3;
 - les accidents et leurs suites.

Prestations indemnités journalières

Art. 12 Indemnités journalières

1. En cas d'incapacité totale de travail, l'assuré a droit à une indemnité journalière égale au *80% du salaire et des suppléments conventionnels soumis à l'AVS, à l'exception des heures supplémentaires. Un plafond maximal peut être prévu par les CGA Conditions Générales d'Assurances (annexe I). Elle est calculée sur la base du salaire horaire multiplié par le nombre d'heures de travail annuel fixé dans la convention sur les salaires ou à défaut la convention collective de travail, pauses comprises, majoré de 8.33 %, divisé par 365 jours. L'indemnité journalière est versée pour tous les jours, dimanches et jours fériés compris. En cas de gains irréguliers, le droit aux prestations est calculé sur le salaire AVS des 12 derniers mois. En cas de gain supplémentaire temporaire, par exemple pour un travail de remplacement, le droit aux prestations est calculé en fonction du gain réalisable uniquement pendant la période donnée. L'attestation détaillée de l'entreprise, au besoin avec production du contrat de travail, fait foi.
2. Pour les assurés payés au mois le salaire mensuel est multiplié par 13.
3. Pour toutes absences de plus d'un jour, le travailleur fournira un certificat médical.
4. L'employeur a la possibilité de convenir d'un délai d'attente d'un ou quatorze jours pour l'ensemble de l'entreprise. Le délai d'attente n'est pas indemnisé; il recommence à chaque nouvelle maladie. Un nouveau délai d'attente ne doit pas être observé lorsque, dans une période de 180 jours civils après la reprise du travail, le travailleur subit une nouvelle incapacité de travail dû à la même maladie (rechute).
5. Pour les personnes assurées à l'âge AVS, la durée d'allocation des prestations s'élève par cas au maximum à 180 jours moins le délai d'attente, mais cependant tout au plus jusqu'à l'atteinte des 70 ans révolus.
6. L'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs maladies jusqu'à concurrence de 730 indemnités complètes dans une période de 900 jours. Sont imputés à cette durée, les jours pendant lesquels les passants ont reçu des indemnités journalières de la caisse dont ils sortent.
7. Les assurés ayant épuisé les prestations de l'alinéa 12.6 et reprenant leur travail, ont droit, après 2 mois de stage, à cinq indemnités journalières par mois d'emploi dans une entreprise affiliée à l'assurance-maladie professionnelle.
8. En cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 25%, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant 730 jours. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité résiduelle.
9. Lorsque l'indemnité journalière est réduite par suite d'une sur-indemnisation, la personne atteinte d'une incapacité totale ou partielle de travail a droit à l'équivalent de 730 indemnités journalières complètes. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction. L'assuré, qui avec les prestations d'autres assurances sociales ou privées dépasse le montant assuré, ne peut recevoir de prestations de l'assureur-maladie.
10. Les prestations de l'assurance indemnité journalière sont considérées comme équivalant au paiement du salaire au sens de l'art. 324a et 324b du code des obligations.
11. La caisse verse les prestations en principe :
 - à l'employeur pour les travailleurs payés au mois ;

- aux travailleurs s'ils sont rétribués à l'heure.

Art. 13 Indemnités journalières en cas de maternité

1. En cas de grossesse et d'accouchement, les assureurs doivent verser les indemnités journalières assurées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois.
2. Les indemnités journalières s'élèvent à *80% du salaire AVS. Elles sont versées pendant 16 semaines, dès la date de l'accouchement, en complément aux prestations de maternité selon la LAPG.

Art. 14 Indemnisation des heures perdues pendant les traitements ambulatoires

1. Les caisses remboursent aux assurés capables de travailler mais qui doivent suivre un traitement médical durant les heures de travail, le *80% du salaire à partir de la 9ème heure perdue par cas de maladie.
2. Si le traitement médical suit immédiatement une période d'incapacité de travail pour laquelle l'assuré a déjà subi la carence fixée à l'art. 12.4, la totalité des heures perdues est remboursée au taux de *80%.
3. Le paiement se fera au terme du traitement médical ou trimestriellement si celui-ci se prolonge, sur présentation d'un décompte de l'employeur indiquant la totalité des heures perdues et non indemnisées. Pour être valable, ce décompte doit également porter le visa du médecin traitant.
4. Les heures perdues pour suivre un traitement non reconnu par l'assurance-maladie ne sont pas prises en considération.
5. Dans la mesure du possible, l'assuré s'efforce de suivre le traitement médical en dehors de l'horaire de travail.

Art. 15 Réduction des prestations

1. Rentiers AVS
L'assurance d'une indemnité journalière ainsi que le droit aux prestations cessent dès la fin du mois précédant l'ouverture du droit à la rente AVS (sous réserve de l'art. 6.1).

Primes de l'indemnité journalière

Art. 16 Primes

1. Les taux de primes sont indiqués dans l'annexe I du présent contrat.
2. Le versement de l'ensemble des cotisations se fait mensuellement par l'employeur, au plus tard le 10 du mois suivant, sur la base d'une décision de taxation établie par la Caisse. A défaut d'opposition formée conformément aux dispositions réglementaires, la décision de taxation est considérée comme reconnue et constitue une reconnaissance de dette au sens de l'art. 82 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et faillite (LP).

Pour les quatre premiers mois de l'année, la décision de taxation se base sur la masse salariale déterminante du décompte annuel de l'année d'avant, majoré des augmentations conventionnelles de l'année précédente et de l'année en cours. Pour les huit mois suivants, la décision de taxation se base sur la masse salariale déterminante du décompte annuel de l'année précédente, majoré de l'augmentation conventionnelle de l'année en cours. A défaut de décompte annuel, la Caisse procède à une taxation d'office sur la base d'une appréciation consciencieuse des éléments en sa possession.

Pour tenir compte de la saisonnalité, les acomptes pour les mois de janvier à avril sont diminués de 20%, alors que ceux de mai à août sont majorés de 20%. Les acomptes mensuels sont facturés à 90%, et

arrondis au millier de franc inférieur, ou à la centaine inférieure pour les acomptes de moins de CHF 1'000.

Si la situation annuelle de l'employeur change notablement de +/- 20%, celui-ci doit demander une révision de ses acomptes mensuels de primes, en déposant les pièces attestant ce changement et sa durabilité. Une telle demande n'est toutefois possible qu'une fois par année, au plus tard jusqu'au 31 août. Sur la base des pièces déposées, la Caisse statue et notifie, cas échéant, une nouvelle décision de taxation. A défaut d'annonce de la part de l'employeur, la Caisse se réserve le droit de procéder à une nouvelle taxation si elle constate que l'effectif annoncé par l'employeur varie de +/- 20%.

3. En fin d'année, l'employeur doit remettre à la Caisse, ou à l'organe d'application chargé par la Caisse, un décompte annuel nominatif signé par les personnes habilitées à l'engager, dans un délai de 30 jours et sous la forme requise. Sur cette base, la Caisse calculera la prime définitive et, en tenant compte des acomptes mensuels, le solde éventuel fera l'objet d'un décompte payable dans les 10 jours.

Si l'employeur ne transmet pas le décompte annuel dans le délai initial, la Caisse, ou l'organe d'application, lui impartit un nouveau délai de 10 jours pour remplir ses obligations. A défaut, un ultime délai de 10 jours est fixé à l'employeur avec mise en garde des conséquences d'une non-affiliation conforme à la loi et des éventuelles responsabilités d'employeur qui pourraient en résulter. A défaut d'annonce, la Caisse enregistrera l'entreprise comme employeur sans personnel et toute nouvelle demande de prestations sera refusée. Dans de tels cas, la Caisse ordonnera un contrôle d'employeur dont les frais seront mis à charge de l'entreprise, à hauteur d'un montant forfaitaire de CHF 1'000.

4. A défaut de paiement à l'échéance fixée, la Caisse impartit un nouveau délai de 10 jours. En cas de nouveau défaut, elle notifie une ultime sommation avec un nouveau délai de 10 jours.

Les rappels et autres sommations sont facturés forfaitairement CHF 20 par unité. L'intérêt moratoire en cas d'inexécution de paiement dans les délais est fixé à 5% par année. En cas de décompte en faveur de l'employeur, un intérêt rémunérateur basé sur le taux des obligations de la Confédération à 10 ans est versé.

Le non-paiement des cotisations après sommations constitue un juste motif de résiliation anticipée de la déclaration d'adhésion selon l'article 107 CO.

Mesures d'ordre et de contrôle

Art. 17 Statistiques

1. Les partenaires mettent en place un système de gestion permettant de suivre activement l'évolution de la sinistralité. Dans ce but, le preneur d'assurance doit pouvoir disposer de toutes les informations utiles, dans le respect des dispositions fédérales sur la protection des données.

Art. 18 Annonce des cas

1. L'annonce d'un cas d'incapacité de travail est remplie par l'employeur au plus tard 14 jours après le début de l'incapacité de travail. L'employeur l'adresse immédiatement à l'AVE qui le transmettra sous forme électronique à l'assureur concerné.
2. L'assuré dispose d'un délai de 14 jours dès le début de l'incapacité de travail pour envoyer à l'AVE le certificat médical de maladie.
3. En cas d'envoi tardif inexcusable, le droit aux prestations assurées existe au plus tôt à réception de l'annonce du cas d'incapacité de travail.
4. Si un cas a été annoncé d'abord à l'assurance-accidents qui l'a refusé comme étant dû à la maladie, l'assureur doit être avisé dans les 14 jours suivant la réception de l'avis de refus de l'assurance-accidents.

Art. 19 Discipline et heures de sortie

1. L'assuré est tenu d'observer strictement les prescriptions du médecin et doit se comporter de manière à ne pas entraver sa guérison.
2. Tout travail est interdit, à moins que pour des raisons thérapeutiques, le médecin n'ait admis que l'assuré se livre à des travaux légers.
3. Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés (Art. 21 al. 4 LPGa).

Art. 20 Gestion de l'absentéisme

1. Les assureurs organisent le suivi des malades. Ils peuvent en tout temps visiter un malade et dans les cas spéciaux le faire examiner, à leurs frais par un médecin. Le malade absent lors de la visite peut être convoqué soit au bureau de l'assureur, chez le médecin-conseil ou un médecin externe mandaté par l'assureur.
2. Le malade qui refuse de se laisser examiner par le médecin-conseil ou par un médecin externe mandaté par l'assureur sera mis en demeure et encourt la perte du droit aux prestations pour ce cas de maladie dès la date du refus (cf. art. 43 al. 3 LPGa).

Art. 21 Changement d'adresse, mutations

1. Tout changement d'adresse doit être immédiatement communiqué à l'assureur.
2. Si un malade donne une adresse fautive ou incomplète, et qu'il rend ainsi le contrôle impossible, l'assureur peut lui refuser l'octroi de l'indemnité journalière ou ne lui accorder qu'une indemnité partielle.
3. Les transferts d'assurés d'un assureur à un autre, sans changement d'employeur, ne peuvent s'effectuer que pour le 1er janvier de chaque année.

Art. 22 Voies de droit

1. Décision
L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (Art. 49 al. 1 LPGa).
2. Opposition
Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours. La procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens (Art. 52 LPGa).
3. Droit de recours
Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (Art. 56 LPGa).
4. Tribunal cantonal des assurances
Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de

domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège. Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (Art. 58 LPGa).

Art. 23 Cas particuliers

1. Pour tous les cas non prévus dans le présent règlement, sont applicables les statuts, les règlements et CGA de l'assureur auprès duquel l'assuré est affilié.
2. Les dispositions de la LPGa et de la LAMal demeurent applicables.

Art. 24 Commission paritaire de surveillance

1. La Commission Paritaire de Surveillance est composée de :
 - 4 représentants de l'AVE
 - 2 représentants SCIV – SYNA
 - 2 représentants UNIA
2. Un ou plusieurs représentants des assureurs partenaires peuvent être appelés à participer à titre consultatif.
3. La qualité de membre de la Commission Paritaire de Surveillance prend fin à l'âge de 65 ans ou à la fin des mandats officiels.
4. La Commission Paritaire de Surveillance s'organise elle-même; le Secrétariat est assuré en permanence par l'Association Valaisanne des Entrepreneurs. L'AVE et les caisses-maladie partenaires signent une convention administrative et une convention de collaboration en matière de courtage réglant les détails pratiques d'application.
5. Les attributions de la Commission Paritaire de Surveillance sont :
 - d'examiner les rentabilités et la fixation des primes,
 - de gérer le fonds de régulation des primes, dont le but est de stabiliser au mieux les primes facturées aux entreprises affiliées, en leur prélevant ou en leur redistribuant une contribution spéciale fixée en % des salaires AVS soumis,
 - de gérer le fonds de secours, dont les buts sont :
 - de fonctionner comme garantie du fonds de régulation des primes,
 - d'octroyer des secours aux assurés dans le besoin, par suite de maladie,
 - d'accorder des allocations bénévoles en cas de décès ,
 - de couvrir les frais d'élaboration, d'exécution et de contrôle d'application des Conditions d'Assurance,
 - de réaliser d'autres tâches, principalement d'ordre social.
 - de régler à l'amiable les différends surgissant dans l'interprétation et l'application des clauses des conditions d'assurance,
 - d'effectuer la surveillance et le contrôle de l'encaissement et de la répartition des primes,
 - d'informer les assurés sur leurs droits et leurs obligations,
 - de désigner l'Organe de révision,

Validité

Art. 25 Entrée en vigueur et durée du contrat

1. Le contrat-cadre entre en vigueur le 1er janvier 2021.
2. Il est valable jusqu'au 31 décembre 2023.
3. S'il n'est pas résilié par une des parties contractantes au plus tard le 30 septembre 2023, il sera reconduit tacitement d'année en année avec le même délai de résiliation.
4. Il annule et remplace tous les contrats-cadre précédemment conclus entre le preneur d'assureur et les assureurs partenaires.
5. Le présent règlement est rédigé en langue française ; il pourra être traduit en d'autres langues. S'il y a divergence entre la version en langue française et la traduction en d'autres langues, la version française fait foi.
6. * Les modifications sont applicables dès le 1^{er} mars 2026.

Art. 26 Annexe

1. L'annexe I, réactualisée chaque année, fait partie intégrante de ce contrat-cadre.

Ainsi fait à Sion, en cinq exemplaires originaux, le 21 décembre 2020.

Association Valaisanne des Entrepreneurs [AVE]

Alain Métrailler

Serge Métrailler

Association Valaisanne des Entreprises de Carrelage [AVEC]

Christian Frehner

Gérard Bornet

Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais [SCIV – SYNA]

Carole Furrer

Bernard Tissières

Syndicat Industrie et Bâtiment [UNIA]

Jeanny Morard

Blaise Carron

SYNA Oberwallis

Guido Schluep

Juri Theler