



Conditions générales d'assurances selon la LAMal

Conditions générales d'assurance CGA

Edition 01.2010/Toute désignation de personnes se rapporte aussi bien au sexe masculin qu'au sexe féminin

A Droit applicable

1 Ordre

Les règles de droit priment les présentes Conditions générales d'assurance dans l'ordre suivant:

- droit fédéral,
- droit cantonal,
- statuts,
- conventions tarifaires.

Dans la mesure où le règlement d'indemnités journalières ne contient pas de disposition contraire, les présentes Conditions générales d'assurance sont applicables.

B Personnes assurées

2 Admission

¹ Toute personne domiciliée dans le rayon d'activité de la caisse a le droit d'entrer dans la caisse et de déposer une proposition en vue de la conclusion de l'assurance obligatoire des soins et d'une assurance d'indemnités journalières.

² Le proposant doit remplir véridiquement le formulaire de proposition et le questionnaire mis à disposition par la caisse.

C Début, fin et suspension de la couverture d'assurance

3 Début de la couverture d'assurance

¹ Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'art. 3 LAMal, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile dans le rayon d'activité de la caisse. Les réglementations pour les personnes au sens de l'art. 3, al. 2 et 3, LAMal demeurent réservées.

² La durée de perception du supplément de prime en cas d'affiliation tardive inexcusable selon l'art. 5, al. 2, LAMal correspond à cinq années au plus. Le supplément de prime est de 30 à 50% de la prime et s'ajoute aux primes mensuelles. La caisse fixe le supplément en fonction de la situation financière de l'assuré.

³ L'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM) pour plus de 60 jours consécutifs. L'assuré doit fournir à la caisse un justificatif concernant la durée effective de l'assujettissement. Les primes payées pendant la durée de la suspension sont remboursées par la caisse.

4 Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend fin:

- au décès de l'assuré,
- par changement d'assureur,
- par exclusion dans l'assurance d'indemnités journalières.

5 Changement d'assureur

¹ L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer de caisse pour la fin d'un semestre d'une année civile. Les réglementations particulières pour

les assurances avec franchises à option demeurent réservées.

² Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer de caisse pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. La caisse doit annoncer les nouvelles primes au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer de caisse.

³ L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 13 LAMal, lorsque la caisse cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

⁴ L'affiliation auprès de la caisse ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

6 Suspension de la couverture des accidents

¹ La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). La caisse procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Elle réduit la prime en conséquence. La demande doit être présentée sous forme écrite. La suspension débute au plus tôt le premier jour du mois qui suit la demande.

² Les accidents sont couverts en vertu de la LAMal dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.

³ La caisse prend en charge les coûts des suites d'accidents que l'assurance sociale assurait avant la suspension de la couverture.

⁴ Lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, la caisse doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une demande au sens de l'art. 8 LAMal.

⁵ L'employeur informe par écrit la personne qui quitte son emploi ou cesse d'être assurée contre les accidents non professionnels au sens de la LAA qu'elle doit le signaler à son assureur selon la LAMal dans le délai d'un mois qui suit l'information par l'employeur ou par l'assurance-chômage. La même obligation incombe à l'assurance-chômage lorsque le droit aux prestations de cette institution expire sans que l'intéressé prenne un nouvel emploi.

⁶ Si l'assuré n'a pas rempli son obligation conformément à l'al. 5, la caisse peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture de l'accident, y compris les intérêts moratoires, pour la période allant de la fin de la couverture au sens de la LAA jusqu'au moment où elle en a eu connaissance. Lorsque l'employeur ou l'assurance-chômage n'ont pas rempli leur obligation conformément à l'al. 5, la

caisse peut faire valoir les mêmes prétentions à leur égard.

7 Extinction de droits

¹ Les assurés, dont l'affiliation a pris fin, n'ont aucun droit à la fortune de la caisse, sous réserve de prestations arriérées.

8 Réduction de prestations d'assurance

¹ Si l'assuré a provoqué intentionnellement un cas d'assurance, la caisse peut réduire ses prestations au titre des indemnités journalières selon l'article 21 LPGA ou les refuser entièrement dans les cas particulièrement graves.

D Droit en matière de contributions

9 Primes

¹ Les primes de l'assurance obligatoire des soins sont fixées en fonction des régions et des groupes d'âge (art. 10).

² Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois.

³ La caisse peut facturer des frais de sommation (CHF 20.00 par sommation) aux personnes en retard dans le paiement des primes, à condition que les dépenses soient causées par leur faute. Si la poursuite aboutit, les frais de poursuite doivent, de par la loi, être pris en charge par le débiteur.

⁴ Si l'affiliation débute ou prend fin dans le courant d'un mois, les primes sont dues pour le mois entier.

⁵ La caisse peut réduire les primes pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal.

10 Groupes d'âge

¹ Les assurés sont classés dans les groupes d'âge suivants:

- groupe d'âge 1/enfants jusqu'à 18 ans
- groupe d'âge 2/adolescents de 19 à 25 ans
- groupe d'âge 3/adultes dès 26 ans

Au 1^{er} janvier de l'année qui suit l'accomplissement de leur 18^e année, les enfants sont transférés dans le groupe d'âge des jeunes adultes. Les jeunes adultes sont transférés au 1^{er} janvier de l'année qui suit l'accomplissement de leur 25^e année dans le groupe d'âge des adultes.

11 Participation aux coûts

¹ Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.

² La participation ordinaire aux coûts comprend un montant fixe par année (franchise de CHF 300.00) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700.00 aussi bien pour la franchise ordinaire que pour la franchise à option.

³ La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part.

⁴ Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par la caisse, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.

⁵ La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier prévue à l'art. 64, al. 5, LAMal se monte à CHF 10.00. Sont exemptés de cette contribution:

- les assurés qui vivent en ménage commun avec une ou plusieurs personnes avec lesquelles ils ont une relation relevant du droit de la famille;
- les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus;
- les femmes pour les prestations de maternité.

⁶ Aucune participation aux coûts n'est perçue sur les prestations en cas de maternité. Les coûts du traitement de complications durant la grossesse sont considérés comme frais de maladie et sont soumis à la participation aux coûts des assurées.

⁷ Les prestations pour lesquelles le Département de l'intérieur prévoit, aux termes de l'ordonnance, une participation plus élevée selon l'art. 64, al. 6, let. a, LAMal ou une participation aux coûts réduite ou supprimée au sens de l'art. 64, al. 6, let. b, LAMal, notamment la participation aux coûts de médicaments

originaux pour lesquels existe un générique, demeurent réservées.

⁸ En contrepartie d'une réduction de prime, l'assuré peut choisir une participation aux coûts plus élevée. Les franchises à option se montent à CHF 500, 1000, 1500 et 2500 pour les adultes et les jeunes adultes et à CHF 100, 200, 300, 400, 500 et 600 pour les enfants.

⁹ L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile. Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, LAMal. En cas d'adaptation de la prime en cours d'année, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

En cas de changement en cours d'année au sens de l'art. 7, al. 1 à 4, LAMal, l'assuré garde la franchise choisie auprès de l'ancien assureur pour autant que le nouvel assureur pratique cette forme d'assurance. Le nouvel assureur impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans cette même année. Lorsque ni franchise ni quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

¹⁰ Les participations aux coûts doivent être payées dans les 30 jours qui suivent la facturation. La caisse peut facturer des frais de sommation (CHF 20.00 par sommation) aux personnes en retard dans le paiement des participations, à condition que les dépenses soient causées par leur faute. Si la poursuite aboutit, les frais de poursuite doivent être pris en charge par le débiteur.

E Obligation de collaborer

12 En général

¹ Dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, le proposant ou son représentant légal doit remplir complètement et sincèrement la proposition mise à disposition par la caisse. Ceci concerne en particulier les questions relatives aux risques de santé existants. Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, il doit donner les informations nécessaires à l'admission et à la fixation des primes, qui figurent sur le formulaire de proposition. En vue d'établir une éventuelle surindemnisation ou d'éclaircir une réticence dans l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal et d'exercer le droit de recours contre des tiers, il doit en outre, dans le cadre des dispositions légales, fournir tous les renseignements nécessaires et mettre les documents à la disposition de la caisse.

² Dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières, le proposant ou l'assuré doit se soumettre à d'autres mesures d'instruction ordonnées par la caisse, notamment à des examens médicaux exigibles, qui servent au diagnostic et à la fixation des prestations. Sont réputées exigibles les mesures médicales qui représentent un risque pour la vie et la santé de l'assuré.

³ La caisse peut à ses frais solliciter des expertises de personnes médicales ou d'autres spécialistes, notamment en ce qui concerne l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré.

13 Obligation d'annoncer

¹ L'assuré doit aviser sans retard son assureur-maladie de tout accident non déclaré à un assureur LAA ou à l'assurance militaire. Il doit donner tous renseignements concernant

- le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident;
- le médecin traitant ou l'établissement hospitalier;
- les responsables éventuels et les assurances intéressées.

² Les changements d'adresse et de nom ainsi que les décès doivent être communiqués par écrit et dans les 30 jours à la caisse.

sentées à la caisse pour examen deux mois avant le début de la cure balnéaire, à l'exception des cas où la cure est entreprise dans les 14 jours qui suivent une hospitalisation aiguë.

F Domaine des prestations

14 Catégories d'assurance

¹ Conformément aux présentes CGA et aux règlements particuliers, la caisse pratique les catégories d'assurance suivantes:

- assurance obligatoire des soins,
- assurance d'indemnités journalières.
- En outre, la caisse se réserve le droit d'introduire une branche d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
- Dans le domaine de la franchise à option, l'art. 11, al. 8, doit en plus être observé.

15 Accidents

¹ En cas d'accident au sens de la LAMal, la caisse prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

² Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

³ Les prestations sont allouées en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge.

16 Surindemnisation

¹ Le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable.

² Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches.

³ Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte.

G Dispositions diverses

17 Décompte des sinistres

¹ Dans la mesure où la caisse a délivré des garanties de prise en charge ou autres garanties sur une base conventionnelle ou facultative à l'égard de factu- riers, ses décomptes – sous réserve de réglementa- tions contraires dans les conventions tarifaires – seront adressés directement à l'assuré.

18 Obligation de réduire le dommage

¹ L'assuré doit suivre consciencieusement les instruc- tions médicales (p. ex. repos au lit, prise de médica- ments, thérapies, etc.) et s'abstenir de tout ce qui compromet ou retarde la guérison.

² L'assuré ne doit pas inciter le médecin à effectuer des traitements ou investigations inutiles ou non éco- nomiques (p. ex. visites inutiles à domicile, traitement hospitalier au lieu d'un traitement ambulatoire, chan- gement de médecin inutile engendrant des doubles examens).

19 Cession

¹ Le droit aux prestations est incessible; il ne peut être donné en gage, conformément à l'art. 22, al. 1, LPGA. En dérogation à cette disposition, les droits peuvent être cédés selon l'art. 42, al. 1, LAMal à des fournis- seurs de prestations.

20 Décision

¹ La caisse doit, sur demande, rendre par écrit les dé- cisions qui portent sur des prestations, créances ou

injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

² Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, la caisse rend une décision en consta- tation.

³ Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doi- vent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

⁴ Si la décision touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations, la caisse lui en communique un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

21 Consultation du dossier

¹ Dans la mesure où les intérêts privés prépondérants de l'assuré sont sauvegardés, les ayants droit au sens de l'art. 47 LPGA ont le droit de consulter le dossier.

22 Opposition

¹ Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours suivant la notification par voie d'opposition au- près de la caisse.

23 Recours de droit administratif

¹ Les décisions sur opposition peuvent être attaquées dans les trente jours suivant la notification par voie de recours de droit administratif. Le tribunal des assuran- ces compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à re- cours auprès du tribunal des assurances désigné par le canton, qui est compétent pour statuer sur des liti- ges d'assureurs entre eux ou avec des assurés ou des tiers.

² Le recours peut aussi être formé lorsque la caisse, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de dé- cision ou de décision sur opposition.

24 Dispositions finales

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 01.01.2010 et remplacent toutes les versions antérieures.