



Règlement de l'assurance d'indemnités journalières (LAMal)

Toute désignation de personnes se rapporte aussi bien au sexe masculin qu'au sexe féminin.

1 But / bases juridiques

¹ Conformément à ses CGA selon la LAMal, la caisse pratique l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

² L'assurance d'indemnités journalières alloue des prestations en cas de perte de gain par suite de maladie, par suite d'accident, si coassuré et dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge, et par suite de maternité.

2 Adhésion

¹ Toute personne domiciliée dans le rayon d'activité de la caisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières auprès de la caisse-maladie Agilia.

² Elle peut, à cet effet, choisir un autre assureur que celui de l'assurance obligatoire des soins.

³ L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des:

- employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes;
- organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres;
- organisations de travailleurs, pour leurs membres.

3 Début / fin / suspension

¹ L'assurance produit ses effets à la date indiquée sur la proposition, mais au plus tôt après l'examen du risque par la caisse.

² L'assurance d'indemnités journalières prend fin au décès de l'assuré, par résiliation, épuisement du droit aux prestations, exclusion ou après accomplissement de la 65^e année selon l'art. 11. Une résiliation peut être déclarée à tout moment pour la fin du mois suivant.

³ Le contrat est annulé lorsque l'assuré sort du rayon d'activité de la caisse-maladie Agilia. L'assuré a droit au maintien de son assurance d'indemnités journalières existante chez un assureur LAMal pratiquant dans sa région de résidence. Les prescriptions contraires dans le cadre de conventions internationales de sécurité sociale demeurent réservées.

⁴ Lorsque le comportement d'un assuré s'avère abusif ou autrement inexcusable et si le maintien de l'assurance d'indemnités journalières ne peut plus être raisonnablement exigé de la caisse, l'assuré peut, après avoir été préalablement menacé de sanctions, être exclu dans les cas suivants:

- s'il n'a pas rempli véridiquement la proposition d'assurance,
- s'il s'oppose à de répétées reprises aux instructions du médecin ou les viole gravement,
- s'il accuse un retard dans le paiement des primes et n'obtempère pas à une sommation de payer avec menace d'exclusion dans le délai d'un mois,
- pour d'autres motifs importants.

⁵ Les assurés ne pouvant plus prétendre aux prestations d'assurance de la caisse-maladie durant une période prolongée peuvent, moyennant paiement d'une prime de risque, suspendre l'assurance d'indemnités journalières dans les cas suivants durant 5 ans au plus:

- lorsqu'ils se rendent à l'étranger pour plus de 3 mois,
- en cas de séjour de plus de 3 mois dans un établissement pénitentiaire, une maison d'internement ou d'éducation,
- en cas d'assurance obligatoire auprès d'une autre caisse-maladie (p. ex. assurance collective ou caisse-maladie d'entreprise) ainsi que dans d'autres cas similaires,
- en cas de service militaire ou de protection civile d'une durée ininterrompue de plus de deux mois.

Si les conditions précitées ne sont plus remplies, l'assuré est tenu de réactiver l'assurance d'indemnités journalières dans les 14 jours.

La prime de risque s'élève à 10% de la prime ordinaire, mais au minimum à CHF 4.00 par mois.

La suspension doit être demandée à l'avance et par écrit.

4 Réserves

¹ La caisse peut exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible.

² Les réserves sont caduques au plus tard après cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.

³ La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne.

⁴ Les al. 1 à 3 sont applicables par analogie en cas d'augmentation du montant des indemnités journalières et de réduction du délai d'attente.

5 Changement d'assureur

¹ La caisse n'a pas le droit d'instituer de nouvelles réserves si l'assuré a changé d'assureur parce:

- que ses rapports de travail ou la fin de ceux-ci l'exigent;
- qu'il sort du rayon d'activité de son assureur antérieur;
- que son assureur ne pratique plus l'assurance-maladie sociale.

² La caisse peut maintenir en vigueur, jusqu'à l'échéance du délai initial, des réserves instaurées par l'ancien assureur.

³ L'ancien assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de libre passage. S'il omet de le faire, la couverture d'assurance auprès de lui subsiste. L'assuré doit faire valoir son droit au libre passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

⁴ La caisse doit, sur demande de l'assuré, continuer d'assurer les indemnités journalières pour le même montant que précédemment. Elle peut, à cet effet, imputer les indemnités journalières touchées auprès de l'ancien assureur sur la durée du droit aux prestations au sens de l'art. 72 LAMal.

6 Sortie de l'assurance collective

¹ Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de la caisse. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu.

² La caisse renseigne l'assuré par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. Si elle omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

7 Offre d'assurance

¹ Le proposant peut conclure une indemnité journalière maximale de CHF 300.00.

² L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue comme suit:

- avec début des prestations dès le 3^e jour de maladie,
- avec début des prestations après 7, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 220 ou 360 jours de maladie.

³ Pour autant qu'un recours aux indemnités journalières ne soit pas imminent, les assurances d'indemnités journalières peuvent être transformées à hauteur des mêmes primes dans une autre variante de l'assurance d'indemnités journalières, sans que cette transformation soit considérée comme augmentation d'assurance. Les dispositions légales contraires en la matière pour les chômeurs demeurent réservées.

8 Droit aux prestations

¹ L'octroi des prestations est soumis aux conditions suivantes:

- une incapacité de travail effective et attestée par le médecin traitant ou le chiropraticien d'au moins 50%,
- une perte de gain dûment justifiée pour les personnes exerçant une activité lucrative.

² Les indemnités journalières sont versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. Les dispositions du chiffre 5 ci-après demeurent réservées.

Les prestations en cas de maternité ne sont pas imputées sur la durée maximale du droit aux prestations.

³ Un droit aux prestations existe uniquement après l'expiration du délai d'attente convenu. Ce délai commence à courir le jour du début de l'incapacité de travail attestée par un médecin. Lorsqu'aucun délai d'attente n'est convenu, le droit aux indemnités journalières naît le 3^e jour suivant le début de chaque incapacité de travail attestée par un médecin.

⁴ Le délai d'attente convenu de 7 jours et plus est appliqué une fois par année civile. Si l'incapacité de travail dure au-delà d'une année civile, le délai d'attente recommence à courir si, entre-temps, l'assuré était capable de travailler.

⁵ Dans les assurances d'indemnités journalières avec début différé des prestations après 7 jours ou plus à compter de la survenance de l'incapacité de travail, le différé est imputé sur la durée maximale des prestations de 720 jours dans une période de 900 jours, dans la mesure où l'employeur est tenu de verser le salaire durant le délai d'attente.

⁶ Une réduction de l'indemnité journalière due au fait que le cas d'assurance a été provoqué intentionnellement n'entraîne pas une prolongation de la durée des prestations.

⁷ L'assuré ne peut pas empêcher l'épuisement du droit aux prestations en renonçant partiellement aux indemnités journalières.

⁸ Les prescriptions légales impératives en cas de chômage selon l'art. 9 du présent règlement demeurent réservées.

⁹ L'assurance d'indemnités journalières s'éteint à l'épuisement du droit aux prestations.

9 Chômeurs assurés

¹ Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail supérieure à 50% reçoivent des indemnités journalières entières et ceux qui sont atteints d'une incapacité de travail de plus de 25%, mais de 50% au maximum, des demi-indemnités journalières.

² De plus, les chômeurs assurés peuvent, moyennant une adaptation équitable des primes, transformer leur ancienne assurance d'indemnités journalières en une assurance dont les prestations sont versées dès le 31^e jour, sous garantie du montant des anciennes indemnités journalières, compte tenu de l'ancien âge d'entrée et sans prendre en considération l'état de santé au moment de la transformation.

10 Maternité

¹ En cas de grossesse et d'accouchement, les indemnités journalières assurées sont accordées 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 pour l'indemnité journalière assurée au moment de bénéficier des prestations en cas de maternité.

² L'assurée a droit aux indemnités journalières de maternité pendant 16 semaines, dont au moins 14 après l'accouchement.

³ Les dispositions dérogatoires de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service militaire et de maternité (assurance-maternité) priment les dispositions du présent règlement.

11 Réduction de l'assurance

Au 1^{er} jour du mois au cours duquel un assuré accomplit sa 65^e année, l'indemnité journalière est (moyennant une adaptation correspondante des primes) réduite au montant maximal de CHF 5.00.

12 Etranger

Lorsqu'une incapacité de travail survient lors d'un séjour temporaire à l'étranger, l'indemnité journalière assurée n'est versée que pendant la durée d'un séjour hospitalier. Les prescriptions contraires dans le cadre de conventions internationales de sécurité sociale demeurent réservées.

13 Accidents

¹ Pour autant qu'ils soient inclus dans l'assurance contre paiement d'une prime supplémentaire, les accidents sont assimilés à la maladie, dans la mesure où le présent règlement ne contient pas de dispositions contraires. Si un proposant ou un assuré entendent exclure le risque d'accident, ils doivent le mentionner expressément sur le formulaire de proposition et le confirmer par leur signature, respectivement le demander par écrit pour les assurances existantes. Par la suite, l'assuré doit payer la prime réduite du montant correspondant à l'exclusion du risque d'accident. Des modifications rétroactives ne sont pas possibles.

² Pour chaque accident, l'assuré doit envoyer à la caisse dans les 5 jours le formulaire «Avis d'accident» dûment rempli que la caisse a mis à sa disposition.

14 Echelons d'âge et primes

¹ Les primes de l'assurance d'indemnités journalières sont fixées par le comité de la caisse en les échelonnant d'après l'âge d'entrée.

² Les assurés doivent payer les primes par avance pour des mois entiers et indépendamment de leur état de santé.

15 Avis d'incapacité de travail / certificat

¹ L'assuré est tenu d'annoncer son incapacité de travail dans les 5 jours à la caisse et de lui présenter dans les 3 jours supplémentaires une attestation d'incapacité de travail écrite du médecin traitant ou du chiropraticien. En cas d'accident, il doit retourner le formulaire «Avis d'accident» dûment rempli et signé dans les 5 jours à la caisse.

² En cas d'envoi tardif de l'attestation d'incapacité de travail et si le retard est imputable à l'assuré, le droit à l'indemnité journalière assurée existe au plus tôt dès la réception du certificat médical. Les documents antidatés à la seule fin d'obtenir des indemnités journalières ne sont pas admis.

³ A la fin de la période d'incapacité de travail (incapacité partielle comprise), une attestation médicale écrite sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit être présentée sans tarder à la caisse.

16 Surindemnisations

Le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'assuré.

Les surindemnisations sont régies par l'art. 69 LPGA.

17 Dispositions générales

¹ Pour toutes les questions qui ne sont pas réglées expressément dans le présent règlement, les dispositions légales ainsi que les statuts et les Conditions générales d'assurance de la caisse-maladie Agilia sont applicables par analogie.

² Faute de conditions d'assurance séparées ou d'accords convenus par contrat, les dispositions du présent règlement sont également applicables par analogie aux assurances collectives d'indemnités journalières.

18 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 01.01.2010 et remplace toutes les versions antérieures.