

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal

A noter:

- Les désignations de personnes s'appliquent dans le présent document de façon générale aux deux sexes. Il est fait usage du terme générique pour des raisons de lisibilité.
- La version originale des présentes Conditions est la version en allemand. Les autres versions, en d'autres langues, sont des traductions. En cas d'éventuels problèmes d'interprétation, le texte allemand fait foi.

1. Dispositions générales

1.1 Quelles sont les bases juridiques appliquées?

L'assurance facultative d'indemnités journalières se fonde sur les Conditions générales d'assurance (CGA) ainsi que sur la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) en vigueur et leurs dispositions d'application.

1.2 Après de qui êtes-vous assuré?

Votre assureur est indiqué sur votre police d'assurance.

1.3 Où l'assureur exerce-t-il son activité?

Le rayon d'activité de l'assurance d'indemnités journalières comprend la Suisse.

1.4 L'assurance collective est-elle offerte?

L'assurance collective n'est pas offerte.

2. Rapports d'assurance

2.1 Qui est assuré?

L'assureur assure les personnes physiques à partir de 15 ans révolus et jusqu'à

65 ans révolus, qui sont domiciliées dans l'aire d'activité de l'assureur ou qui y travaillent.

L'assurance prend fin le premier jour du mois suivant l'accomplissement de la

65e année.

2.2 Quelles sont les conditions d'admission?

Toute personne est tenue de signer une proposition d'assurance écrite en donnant des indications complètes et conformes à la vérité sur son identité, son état de santé, les assurances existantes ainsi que sur les prestations perçues.

La proposition peut être révoquée dans les sept jours qui suivent la signature au moyen d'une lettre recommandée à l'adresse du siège principal de l'assureur. L'envoi de la révocation met fin de façon rétroactive à l'ensemble des droits et des devoirs des deux parties.

La signature du représentant légal est exigée pour les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils.

Pour l'évaluation de la proposition, l'assureur peut ordonner une visite médicale d'admission et exiger des certificats médicaux. Avec sa proposition d'assurance, la personne prenant l'assurance autorise ses médecins, les hôpitaux ainsi que le personnel d'aide médicale à fournir les renseignements néces-

saires à l'assureur ou à ses médecins-conseil pour l'appréciation de la proposition d'assurance.

2.3 L'assureur procède-t-il à un examen des risques?

L'assureur effectue un examen des risques en se fondant sur la proposition d'assurance. Un examen des risques est en outre effectué en cas de modifications d'assurance ou lorsque des maladies et des séquelles d'accidents, dissimulées au moment de la présentation de la proposition, sont constatées ultérieurement.

2.4 Des réserves d'assurance peuvent-elles être prononcées?

Les maladies et séquelles d'accidents qui existent au moment de la présentation de la proposition ou qui, par expérience, entraînent des rechutes sont placées sous réserve. Les réserves sont caduques après l'expiration d'un délai de cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, les assurés peuvent fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.

Les réserves formulées par l'ancien assureur sont maintenues dans la mesure où le nouvel assureur ne peut pas grever l'assurance de nouvelles réserves (cas de libre passage).

2.5 Quand est-il possible d'effectuer des modifications d'assurance?

Les modifications d'assurance sont possibles à tout moment. Elles sont réalisées selon les mêmes conditions que les conclusions de nouveaux contrats.

2.6 Quels sont les différents groupes d'âge?

Les groupes d'âge sont indiqués dans le tarif.

2.7 Quand commence l'assurance?

L'assurance entre en vigueur au plus tôt le jour de la signature de la proposition d'assurance. Une entrée en vigueur rétroactive n'est pas possible. Si l'entrée en vigueur de l'assurance ne coïncide pas avec le jour de la signature de la proposition, l'assurance prend effet le 1er d'un mois suivant.

2.8 Quand finit l'assurance?

L'assurance prend fin:

- a) par résiliation juridiquement valable
La résiliation peut avoir lieu pour la fin d'un semestre d'une année civile moyennant un préavis de trois mois.
- b) au décès de la personne assurée;
- c) lorsque l'assuré quitte son domicile ou son activité professionnelle qui se trouvait dans le domaine d'activité de l'assureur;
Les personnes qui quittent la Suisse pour s'établir dans un Etat membre de l'UE ou en Islande ou Norvège ont la possibilité de maintenir l'assurance d'indemnités journalières auprès d'un autre assureur LAMal qui offre l'assurance aux personnes domiciliées dans les Etats membres de l'UE ainsi qu'en Islande ou en Norvège. Le nouvel assureur ne peut pas prononcer de nouvelles réserves et est

tenu de maintenir l'indemnité journalière assurée au même niveau si la personne assurée le demande.

- d) lorsque le droit aux prestations est épuisé;
- e) par le fait d'avoir atteint l'âge maximum selon ch. 2.1 al. 2 par l'exclusion.
- f) Un assuré peut être exclu, pour des motifs importants.

Sont considérés comme motifs importants l'abus d'assurance et une grave violation des obligations envers l'assureur. L'exclusion est valable en droit lorsqu'elle est notifiée par une décision formelle.

2.9 Comment l'assureur informe-t-il ses assurés? Quelles obligations de déclarer avez-vous?

- a) Information des assurés
Les modifications des conditions d'assurance ainsi que les notifications de faits généraux se font sous une forme contraignante, dans l'organe de publication officiel du groupe Visana. Chaque ménage reçoit par courrier un exemplaire de l'organe de publication.
- b) Police d'assurance
Toutes les personnes assurées reçoivent une attestation individuelle relative à leur couverture d'assurance sous forme d'une police d'assurance.
- c) Obligations de déclarer des assurés
Les assurés sont dans l'obligation de déclarer à l'assureur toutes les modifications personnelles (p. ex. changement d'adresse) susceptibles d'intéresser l'assurance, dans un délai d'un mois.
- d) Violation des obligations de déclarer
Les préjudices résultant de la non-observation de l'obligation d'annoncer sont à la charge de la personne assurée.

3. Prestations

3.1 Qu'est-ce qui est assuré?

On peut conclure l'assurance d'indemnités journalières suivante:

- en cas de maladie (maternité comprise)
- en cas de maladie (maternité comprise) et d'accident

3.2 Quelle est l'étendue des prestations?

On peut assurer une indemnité journalière échelonnée par CHF 1.– allant de CHF 1.– à CHF 30.–. Le délai d'attente minimal est de 3 jours. Sont possibles aussi les délais d'attente suivants: 7, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 et 360 jours. L'indemnité journalière minimale est fixée de la manière suivante:

CHF 1.– pour un délai d'attente de 3, 7, 14, 21 et 30 jours

CHF 10.– pour un délai d'attente de 60 jours

CHF 15.– pour un délai d'attente de 90 et 120 jours

CHF 20.– pour un délai d'attente de 150 jours et plus

L'indemnité journalière maximale est fixée à CHF 30.– pour tous les délais d'attente. Les prestations subissent une réduction pour cause de surindemnisation. Il y a surindemnisation si les prestations légales des assurances sociales sont supérieures au montant cumulé de la perte de gain supputée, des frais supplémentaires occasionnés par le cas d'assurance et les éventuelles pertes de revenu de la famille de la personne assurée.

Au total, on peut convenir de trois différents délais d'attente au plus.

3.3 Comment le délai d'attente est-il calculé?

En principe, le délai d'attente reprend au commencement de chaque nouveau cas. Lorsqu'il s'agit du même cas, les jours de carence de la dernière incapacité de travail sont cependant pris en considération, pour autant que l'interruption n'ait pas duré plus de trois mois. Dans les cas pénibles, l'assureur peut faire des exceptions.

3.4 Quel est votre droit aux prestations?

Les assurés qui ont conclu une assurance d'indemnités journalières doivent faire attester leur incapacité de travail par le médecin ou chiropraticien. Dès que l'incapacité de travail atteint 25 %, les assurés ont droit au versement de l'indemnité journalière.

3.5 Quelle est la situation dans les cas de libre passage?

Dans les cas de libre passage, les indemnités journalières perçues de l'ancien assureur sont prises en compte pour le calcul de la durée d'allocation des prestations.

3.6 Quand commence le droit aux prestations?

Le droit aux prestations commence au plus tôt le jour de l'entrée en vigueur de l'assurance.

3.7 Quelle est la durée d'allocation des prestations?

L'indemnité journalière est versée pour un ou plusieurs événements (maladies/accidents) jusqu'à ce que la personne assurée ait perçu des prestations pendant 720 jours compris dans une période de 900 jours, remontant au jour civil respectif.

En cas d'incapacité de travail partielle, il est versé à la personne assurée une indemnité journalière réduite pendant la même durée. La couverture d'assurance pour la capacité de travail restante demeure intacte dans ce cas.

Lorsque l'indemnité journalière est réduite pour surindemnisation, la personne assurée a droit à un volume de prestations correspondant aux indemnités pour 720 jours. Ce droit aux prestations est en fonction du degré d'incapacité de travail. La personne assurée ne peut pas renoncer aux prestations en indemnités journalières avant la fin médicalement attestée de l'incapacité de travail dans le but de retarder l'épuisement du droit aux indemnités journalières.

3.8 Quelles prestations sont allouées en cas de maternité?

En cas de maternité, les indemnités journalières sont accordées si l'assurée est au bénéfice de cette couverture depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de 3 mois au moment de l'accouchement. Lorsque l'accouchement a lieu au cours du délai de carence, les prestations assurées ne sont versées qu'à condition que le terme de grossesse calculé et attesté par le médecin tombe après le délai de carence. Restent réservées les dispositions concernant le libre passage (article 70 LAMal «Changement d'assureur»).

Lorsque les conditions sont remplies, l'assureur octroie les indemnités journalières assurées pendant 16 semaines, en tenant compte du délai d'attente. Au moins huit de ces 16 semaines doivent se situer pendant la période suivant l'accouchement. Dans ce cadre, l'assurée peut répartir les prestations à son gré, avant ou après l'accouchement. Les prestations sont réduites dans la mesure où les indemnités journalières combinées avec l'allocation de maternité selon la Loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) dépassent le montant de la perte de gain durant 16 semaines et des éventuels coûts supplémentaires occasionnés par la maternité et les éventuelles pertes de revenu des proches de l'assurée. L'allocation de maternité selon la LAPG est entièrement prise en compte dans le calcul de la surindemnisation, indépendamment du moment où l'assurée touche les indemnités journalières assurées. Les prestations de maternité ne sont pas imputées à la durée d'allocation des prestations de l'assurance d'indemnités journalières conclues.

3.9 Quel est votre droit en cas de chômage?

Le droit aux prestations en cas de chômage est régi par la loi (art. 73 LAMal).

3.10 Comment faites-vous valoir votre droit aux prestations?

Les maladies et les accidents doivent être annoncés à l'assureur dans l'espace d'une semaine après écoulement du délai d'attente.

Lorsque la communication du sinistre à l'origine de l'incapacité de travail a lieu après écoulement du délai prescrit, les prestations ne sont dues qu'à partir de la date à laquelle l'avis est donné. Si le retard est dû à des raisons importantes et excusables, l'assureur accepte de fixer le début de ses prestations au plus tôt six mois avant la date de la communication.

Lorsqu'une personne assurée, capable de travailler après avoir contracté une maladie ou été victime d'un accident, subit une incapacité de travail d'au moins

25 % au cours de la maladie ou des suites de l'accident, elle doit immédiatement informer l'assureur de son incapacité de travail.

La personne assurée doit communiquer à l'assureur tous les renseignements nécessaires à l'élucidation du droit aux prestations et à la détermination des prestations et mettre à sa disposition la documentation nécessaire; elle autorise l'assureur à prendre connaissance à cet effet des dossiers d'autres assureurs ou des autorités compétentes et à se procurer tous renseignements nécessaires auprès des fournisseurs de prestations. Si ces indications font défaut ou si des mesures prescrites ne sont pas appliquées, les prestations peuvent être réduites, voire, dans des cas graves, refusées. Les assurés sont en droit d'exiger que les médecins traitants et autres membres du personnel médical fournissent des indications d'ordre médical uniquement au médecin-conseil.

L'assureur est en droit de demander l'éclaircissement de droits aux prestations d'assurance par un médecin qu'elle aura elle-même désigné.

3.11 Où les prestations sont-elles allouées?

Les prestations sont accordées pour les cas d'incapacité de travail survenant en Suisse et dans les Etats de l'UE/de l'AELE. En cas de séjour à l'étranger dans un Etat ne faisant pas partie de l'UE/de l'AELE, des prestations d'indemnités journalières ne sont allouées que si un séjour hospitalier est médicalement nécessaire et uniquement tant que le retour au pays dans lequel la personne réside n'est pas possible.

3.12 Quand les prestations sont-elles réduites ou refusées?

Si la personne assurée a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées. Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si la personne assurée se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé d'elle, à un traitement susceptible d'améliorer notablement son état de santé. L'assureur lui adresse au préalable une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques.

3.13 Comment s'effectue le versement des prestations?

Les prestations sont versées après vérification du droit aux prestations et uniquement en francs suisses. Les assurés s'engagent à indiquer à l'assureur un compte bancaire ou postal en Suisse comme adresse de paiement. S'ils omettent de le faire, les frais de paiement qui en résultent sont à leur charge.

3.14 La cession ou la mise en gage des prestations est-elle autorisée?

La cession ou la mise en gage des droits envers l'assureur n'est autorisée qu'avec l'accord exprès de cette dernière.

3.15 Quels sont les rapports avec d'autres assurances et les prestations de tiers (réglementation du recours)?

a) Obligation de notification

Lorsqu'une autre assurance ou un tiers doit verser des prestations pour une éventualité assurée, la personne assurée doit en informer l'assureur. Elle est aussi tenue de renseigner l'assureur sur toutes les prestations qui lui sont versées. Avant de convenir d'une somme de dédommagement ou de signer une déclaration de renonciation aux prestations, la personne assurée doit en informer l'assureur. Les assurés ont l'obligation de revendiquer leur droit aux prestations envers d'autres assureurs ou des tiers responsables.

Si l'obligation de déclaration et de revendication est violée, la personne assurée perd son droit aux prestations.

b) Coordination des prestations

Les relations de l'assurance-maladie sociale avec les autres assurances sociales sont régies par les dispositions légales.

c) Subrogation

Dès la survenance de l'événement assuré, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de la personne assurée contre tout tiers dont la responsabilité est impliquée dans le cas d'assurance.

3.16 Quand devez-vous restituer des prestations allouées?

Les prestations allouées à tort ou par erreur doivent être restituées à l'assureur.

3.17 Quand le droit aux prestations s'éteint-il?

Le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel une prestation était due.

4. Primes et participation aux coûts

4.1 Quelles primes devez-vous payer?

La prime de votre assurance, à payer d'avance pour un mois au moins, figure sur votre police. Durant le mois d'affiliation, les primes sont dues au jour exact du début d'assurance. Durant le mois de sortie ou de décès, la prime n'est plus due pour la période après le jour de la sortie ou du décès.

4.2 Quels sont les délais de paiement admis?

Les primes sont payables par mois, par trimestre, par semestre ou par année.

Les délais de paiement ressortent de la facture des primes.

4.3 Quel est le montant de la prime?

Le montant des primes est fixé selon les tarifs approuvés par l'autorité de surveillance. Les primes sont échelonnées suivant l'âge d'entrée.

4.4 Que se passe-t-il en cas de retard dans le paiement?

a) Primes

L'assureur adresse un rappel aux assurés qui ne paient pas leurs primes dans les délais fixés. Si les primes de ces assurés ne sont pas réglées dans les 90 jours comptés à partir du délai de paiement, leur droit aux prestations sera suspendu aussi longtemps que les arriérés n'auront pas été payés.

b) Rappels

Les rappels se font par écrit. La présentation d'un remboursement équivaut à un rappel.

c) Intérêts moratoires

L'assureur a le droit d'exiger un intérêt moratoire de 5% pour les créances de primes dues.

d) Frais

Les frais des poursuites et autres frais peuvent être mis à la charge des assurés en retard de paiement. En cas de rappel ou de poursuite, un supplément peut être prélevé pour les inconvénients causés.

e) Compensation

L'assureur peut compenser des primes dues avec les prestations auxquelles la personne assurée a droit en tenant compte de la situation économique de celle-ci.

5. Voies de droit

5.1 Quand pouvez-vous demander une décision au sens de la loi?

En cas de désaccord sur une décision prise par l'assureur, les assurés peuvent exiger qu'il rende une décision au susceptible d'opposition.

5.2 Quand peut-il être formé opposition?

Les décisions formelles peuvent être attaquées dans les 30 jours à partir de la date de notification par voie d'opposition auprès de l'assureur.

5.3 Quels tribunaux pouvez-vous saisir?

Pour contester une décision sur opposition de l'assureur, il faut former un recours auprès du tribunal cantonal des assurances dans un délai de 30 jours. Le tribunal compétent est celui du canton dans lequel vit la personne assurée, ou le tiers faisant le recours, au moment du recours. Le tribunal des assurances peut aussi être saisi lorsque, contrairement à la demande de la personne assurée, l'assureur n'a pris ni décision formelle ni décision sur opposition. Le recours contre les décisions des tribunaux d'assurance auprès du Tribunal fédéral est possible dans un délai de 30 jours.

6. Dispositions diverses

6.1 Qui est soumis à l'obligation de garder le secret?

Toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs du groupe Visana sont soumis à l'obligation de garder le secret en vertu de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

6.2 Des réassurances peuvent-elles être conclues?

L'assureur conclut des contrats de réassurance pour autant qu'ils soient dans l'intérêt des assurés.

6.3 Quand les présentes CGA entrent-elles en vigueur?

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 1er janvier 2017.

Elles peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.