

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance obligatoire des soins (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.

Ces conditions du contrat d'assurance sont valables pour les assureurs suivants:

- Visana SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16
- sana24 SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16
- vivacare SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16
- Galenos SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16

1. Dispositions générales

1.1 Quelles sont les bases légales appliquées?

L'assurance obligatoire des soins se fonde sur la Loi fédérale en vigueur sur l'assurance-maladie (LAMal) et la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LP-GA), ainsi que sur leurs dispositions d'application et sur les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).

1.2 Auprès 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 obligatoire des soins comprend la Suisse.

1.4 Quelles sont les formes particulières d'assurance proposées?

L'assureur propose l'assurance obligatoire des soins avec choix restreint du fournisseur de prestations, avec franchise à option ainsi qu'en tant qu'assurance avec bonus (seulement Visana).

Les formes d'assurance avec choix restreint du fournisseur de prestations ainsi que l'assurance avec bonus sont basées sur des CGA qui leur sont propres.

Il n'est pas possible de combiner la franchise annuelle à option et l'assurance avec bonus.

Les franchises annuelles augmentées sont déterminées suivant les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

2. Rapports d'assurance

2.1 Qui est assuré?

L'assureur assure les personnes physiques domiciliées dans son rayon d'activité. L'assurance peut être contractée par d'autres personnes dans la mesure où la loi sur l'assurance-maladie le prévoit.

2.2 Quelles sont les conditions d'admission?

L'admission dans l'assurance des soins n'est possible que s'il n'existe pas déjà d'assurance obligatoire auprès d'une autre caisse-maladie.

Toute personne est tenue de signer une proposition d'assurance écrite. La proposition peut être révoquée dans les sept jours qui suivent la signature au moyen d'une lettre recommandée à l'adresse 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.

Tous les documents nécessaires à l'admission doivent être remis à l'assureur.

2.3 Quels sont les différents groupes d'âge?

Il existe les groupes d'âge suivants:

- I. enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus
- II. assurés de 19 à 25 ans révolus
- III. assurés dès l'âge de 26 ans

Les passages du groupe d'âge I à II et II à III se font à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 18 ou de 25 ans.

2.4 Quand l'assurance commence-t-elle et quand prend-elle fin?

Le début et la fin de l'assurance sont régis par les dispositions légales.

L'affiliation doit avoir lieu dans un délai de trois mois à compter de la naissance ou de la prise de domicile en Suisse. Pour respecter ce délai, la proposition d'assurance écrite doit parvenir à l'assureur dans ce délai. Dans ce cas l'assurance entre en vigueur à la date de la naissance ou de la prise de domicile en Suisse. En cas d'affiliation tardive, l'assurance court dès le moment de l'affiliation, c.-à-d. qu'elle déploie ses effets au plus tôt le jour où la proposition d'assurance parvient à l'assureur. L'assureur perçoit un supplément de prime pour retard non excusable.

L'assurance prend fin:

1. par résiliation juridiquement valable
La résiliation ordinaire peut avoir lieu pour la fin d'un semestre d'une année civile moyennant un préavis de trois mois. Pour l'assurance avec bonus, l'assurance avec limitation du choix des fournisseurs de prestations ou en cas de relèvement de la franchise annuelle, la résiliation n'est possible que pour la fin de l'année civile moyennant un préavis de trois mois. Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée peut changer d'assurance pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de travail précédant le début du délai de résiliation.
2. au décès de la personne assurée;
3. par sortie du rayon d'activité de l'assureur du fait d'un changement de domicile
L'assurance est maintenue jusqu'à ce que la personne assurée justifie de son nouveau domicile.
4. la fin de l'obligation d'assurance
La fin des rapports d'assurance est communiquée par écrit.

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

1. Organe de publication

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.

2. Police d'assurance
Toutes les personnes assurées reçoivent une attestation individuelle relative à leur couverture d'assurance sous forme d'une police d'assurance.
3. Obligations de déclarer des assurés
Les assurés sont dans l'obligation de déclarer à l'unité d'organisation de l'assureur figurant sur la police d'assurance toutes les modifications personnelles (p. ex. changement d'adresse) susceptibles d'intéresser l'assurance, dans un délai d'un mois.
4. 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.

2.6 Qui est à votre disposition pour vous conseiller?

Les unités d'organisation compétentes sont prêtes à répondre aux questions des assurés et à leur prodiguer des conseils.

3. Prestations

3.1 Qu'est-ce qui est assuré?

Sont assurés les risques maladie, accident, infirmité congénitale ainsi que la grossesse et la maternité.

3.2 Quelle est l'étendue des prestations?

Le droit aux prestations est déterminé par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), par les ordonnances qui s'y rapportent et par les présentes conditions générales d'assurance.

3.3 Pouvez-vous suspendre la couverture du risque d'accidents?

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). L'assureur 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. Il réduit la prime en conséquence. Les accidents sont couverts dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie. L'assurance-maladie sociale prend en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension de la couverture.

3.4 Quand le droit aux prestations commence-t-il?

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

3.5 Comment faites-vous valoir votre droit aux prestations?

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 ainsi que des autorités compétentes et à se procurer tous les renseignements nécessaires auprès des fournisseurs de prestations. 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.

Les accidents doivent être annoncés à l'assureur.

3.6 Où les prestations sont-elles versées?

Les prestations sont accordées de façon générale pour les traitements réalisés en Suisse.

3.7 Quelles sont les prestations prises en charge à l'étranger?

Les assurés qui effectuent un séjour dans les Etats membres de l'UE ainsi qu'en Islande ou en Norvège ont droit aux traitements médicalement nécessaires, compte tenu de la nature des prestations et de la durée probable du séjour. En cas de séjour dans d'autres pays étrangers, le droit aux prestations des assurés est limité aux traitements d'urgence. Il y a urgence lorsqu'un assuré est obligé de se rendre en traitement médical pendant un séjour temporaire à l'étranger. Il n'y a pas de cas d'urgence lorsque la personne assurée se rend à l'étranger dans le but d'y suivre un traitement.

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les frais d'accouchement à l'étranger dans les limites des dispositions légales, si l'accouchement y a lieu dans le but d'obtenir la citoyenneté étrangère.

L'étendue des prestations est régie par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

3.8 Quelles sont les restrictions prévues pour le versement des prestations?

1. Traitements économiques
Les prestations sont allouées pour des traitements qui satisfont au principe d'économie ancré dans la Loi sur l'assurance-maladie.
2. Surindemnisation
Le concours des prestations de différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée. Les prestations sont réduites du montant de la surindemnisation.
3. Admission des fournisseurs de prestations
Lorsqu'un traitement est administré par un fournisseur de prestations qui n'est pas admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, le droit aux prestations est supprimé.

3.9 Les prestations sont-elles réduites ou refusées en cas d'atteinte intentionnelle à la santé ou de négligence grave?

Les prestations ne sont ni réduites ni refusées en cas d'atteinte intentionnelle à la santé ou lorsque le cas assuré a été provoqué par une négligence grave.

3.10 Comment obtenez-vous les prestations auxquelles vous avez droit?

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. Si les assurés sont débiteurs des honoraires (selon le système du «tiers garant»), ils doivent soumettre les factures à l'assureur sans délai. Les montants seront alors remboursés directement aux assurés. Ces derniers ont le droit de présenter les factures à l'assureur pour qu'elles soient contrôlées et pour que le droit au remboursement soit vérifié.

Si l'assureur est débiteur des honoraires sur la base de conventions passées avec les fournisseurs de prestations (selon le système du «tiers payant»), le remboursement se fait directement aux fournisseurs de prestations à condition que le droit aux prestations existe.

3.11 Quand s'éteint le droit aux prestations?

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

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

1. Obligation de déclarer

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 ces obligations de déclaration en vue d'une revendication ne sont pas respectées, les prestations de l'assurance peuvent être réduites, voire refusées.

2. **Coordination des prestations**
Les relations de l'assurance-maladie sociale avec les autres assurances sociales sont régies par les dispositions légales.
3. **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.

3.13 Quand devez-vous restituer les prestations?

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

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 certificat d'assurance. 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 en vigueur?

Les primes sont payables mensuellement, bimestriellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Les délais de paiement sont indiqués sur la facture des primes. L'assureur accorde un escompte en cas de paiement semestriel ou annuel. Il en fixe les conditions.

4.3 A combien la prime s'élève-t-elle?

Le montant des primes est fixé selon les tarifs approuvés par l'autorité de surveillance. Les primes sont échelonnées en fonction des groupes d'âge et des régions. Les personnes assujetties pour plus de 60 jours consécutifs à l'assurance militaire sont exemptées du paiement des primes dès le début de cet assujettissement dans la mesure où elles en ont donné avis à l'assureur huit semaines au minimum avant son commencement. Si ce délai n'est pas respecté, l'assureur ne perçoit plus de primes à partir de l'avis, mais au plus tôt à partir du début du service militaire.

4.4 A combien les primes s'élèvent-elles pour les formes particulières d'assurance?

Les titulaires d'une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations ou ceux qui ont convenu d'une franchise annuelle plus élevée bénéficient d'une réduction de prime. L'échelonnement des primes dans l'assurance avec bonus est fixé dans un règlement séparé.

4.5 Quelle participation aux coûts devez-vous payer?

Dans les cas prévus par la loi,

- les adultes paient la franchise annuelle ainsi que la quote-part, laquelle s'élève à 10 %* des coûts dépassant la franchise;
- les enfants paient la quote-part de 10 %* plus la franchise annuelle éventuellement choisie.

*Pour certaines préparations originales et certains génériques, la quote-part peut s'élever à 20 %.

La quote-part annuelle est au maximum de CHF 700.– pour les adultes et CHF 350.– pour les enfants. Lorsque plusieurs enfants d'une même famille sont assurés auprès du même assureur, leur participation aux coûts annuelle s'élève au maximum à CHF 950.–, au total.

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

Dans les cas prévus par la loi, il est perçu en cas d'hospitalisation une contribution aux frais de CHF 15.– par jour en sus de la participation aux coûts.

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

1. **Primes/Participations aux coûts**
Lorsque la personne assurée n'a pas payé les primes et les participations aux coûts échues malgré le rappel, l'assureur lui envoie une sommation et lui impartit un délai de 30 jours pour s'acquitter du paiement. Si la personne assurée n'a toujours pas payé les primes et participations aux coûts échues ainsi que les intérêts moratoires malgré la sommation, l'assureur engage une poursuite. Parallèlement, l'assureur informe l'autorité cantonale compétente. Un intérêt moratoire de 5 % est dû pour les éventuelles créances de primes.
2. **Rappels**
Les rappels se font par écrit.
3. **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.
4. **Changement d'assureur**
Les assurés en retard de paiement ne peuvent pas changer d'assureur tant qu'ils n'ont pas payé intégralement les primes, les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et frais de poursuite dus.

4.7 Frais

Les personnes assurées ont plusieurs possibilités pour payer leurs primes et participations aux coûts sans frais. L'assureur peut répercuter sur les personnes assurées les frais occasionnés par les versements effectués au guichet postal ou à d'autres points d'accès physiques de la Poste.

5. Voies de droit

5.1 Quand pouvez-vous demander une décision formelle?

En cas de désaccord sur une décision prise par l'assureur, les assurés peuvent exiger qu'il rende une décision formelle au sens de la loi.

5.2 Quand pouvez-vous faire 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 qui les a rendues.

5.3 Quels tribunaux pouvez-vous saisir?

Il peut être formé recours contre les décisions sur opposition de l'assureur dans un délai de 30 jours auprès du tribunal cantonal des assurances compétent au lieu de domicile de la personne assurée. 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. Il est possible de former recours contre une décision du tribunal cantonal des assurances dans un délai de 30 jours auprès du Tribunal fédéral des assurances (TFA).

5.4 Quand les tribunaux arbitraux sont-ils compétents?

Les tribunaux arbitraux des cantons sont compétents pour résoudre les litiges entre les fournisseurs de prestations et les assurés ou les assureurs. Si la personne assurée est débitrice des honoraires, l'assureur la représente à ses propres frais.

6. Dispositions diverses

6.1 Comment les données personnelles sont-elles traitées?

Les données personnelles sont traitées principalement afin d'allouer les prestations de l'assurance obligatoire des soins et afin de conseiller et d'assurer le suivi des personnes assurées, en vue de leur garantir une protection d'assurance fiable et adaptée à leurs besoins. L'assureur a par ailleurs besoin de traiter des données personnelles pour l'acquisition de nouveaux contrats dans le domaine LAMal, pour remplir les exigences légales et réglementaires, pour créer et développer ses produits et prestations de services et pour maintenir une exploitation sûre, efficace et économique. Le traitement des prestations et l'encaissement comprennent des traitements de données électroniques, qui peuvent être considérés comme des décisions individuelles automatisées. Les entretiens téléphoniques avec nos collaboratrices et collaborateurs peuvent être enregistrés afin de garantir la qualité de la prestation de service ainsi qu'à des fins de formation.

L'assureur peut, dans les limites du besoin et celles exigées par la loi, transmettre à des fins de traitement des données aux tiers concernés par le suivi du contrat en Suisse et à l'étranger (p. ex. assureurs impliqués, médecin-conseils, médecins-consultants et autorités), en particulier à des sociétés du groupe Visana ainsi qu'à des co-assureurs, assureurs précédents, nouveaux assureurs et réassureurs. L'assureur peut également mandater spécialement des tiers pour qu'ils fournissent des prestations de service en faveur des personnes assurées (p. ex. fournisseur d'accès informatique). L'assureur soumet ces tiers à une obligation contractuelle de confidentialité et de traitement des données personnelles en conformité avec les dispositions relatives à la protection des données. Cela peut non seulement inclure des données personnelles, telles que le nom, la date de naissance et le numéro d'assuré/e, mais aussi des données personnelles particulièrement sensibles, notamment des données individuelles relatives à la santé. À cet égard, les exigences légales plus strictes concernant le traitement de données personnelles particulièrement sensibles doivent être respectées.

Les données personnelles peuvent être conservées aussi bien sous forme physique qu'électronique. Les données sont sauvegardées majoritairement en Suisse. L'assureur prend les mesures requises afin que les données personnelles soient transmises uniquement dans des pays garantissant une protection adéquate des données.

L'assureur veille à l'actualité, à la fiabilité et à l'exhaustivité des données personnelles communiquées.

L'assureur recueille et utilise les données personnelles conformément aux dispositions applicables relatives à la protection des données, à savoir la loi suisse sur la protection des données, et aux autres dispositions légales, en particulier les art. 84, 84a et 84b LAMal.

De plus amples informations relatives au traitement des données personnelles sont disponibles dans la déclaration de l'assureur relative à la protection des données, sur Internet: www.visana.ch/protection-des-donnees.

6.2 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).

6.3 Des réassurances peuvent-elles être conclues?

L'assureur conclut des contrats de réassurance pour autant qu'ils sont dans l'intérêt des assurés et sont stipulés dans le cadre des prescriptions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie.

6.4 A partir de quand les présentes CGA sont-elles valables?

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 1er janvier 2024. Elles peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.