

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance d'indemnités journalières facultative selon la LA-Mal (Cash-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.

1. Dispositions générales

1.1 Quelles sont les bases juridiques en vigueur?

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

1.2 Qui est votre assureur?

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 Qu'en est-il de l'assurance collective?

Il n'existe pas d'assurance collective.

2. Rapport 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 65^e 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. 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 nécessaires 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 nouvelles conclusions.

2.6 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 premier du mois suivant.

2.7 Quand finit l'assurance?

L'assurance prend fin par

- a) une résiliation valable en droit
le délai de résiliation est de trois mois et l'assurance peut être dénoncée pour la fin d'un semestre. La résiliation n'est valable que si elle est parvenue à l'assureur dans les délais prescrits, c'est-à-dire au plus tard le dernier jour de travail avant le début du délai de résiliation 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
- d) lorsque le droit aux prestations est épuisé
- e) lors de l'atteinte de l'âge maximum
- f) en cas d'exclusion
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.

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

a) 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.

- 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.

2.9 Qui peut vous renseigner?

Les unités d'organisation compétentes sont à la disposition des assurés pour répondre à leurs questions et pour leur prodiguer des conseils.

3. Prestations

3.1 Quels sont les risques assurés?

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 5.– à CHF 30.–. Le délai d'attente minimal est de 3 jours. D'autres délais d'attente sont possibles: 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 et 360 jours.

L'indemnité journalière minimale est fixée de la manière suivante:

CHF 5.– pour un délai d'attente de 3, 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 30 francs pour tous les délais d'attente. Cependant, les prestations subissent une réduction pour cause de surindemnisation dans la mesure où l'indemnité excède la perte de revenu de la personne assurée sans preuve de dépenses supplémentaires pour toute la durée de l'incapacité de travail assurée. Dans l'ensemble 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 par le chiropraticien. Dès que l'incapacité de travail atteint 50 % les assurés ont droit au versement de l'indemnité journalière. Les prestations sont fixées selon le degré de l'incapacité de travail. A partir d'une incapacité de travail de 75 %, les prestations sont allouées à 100 %.

3.5 Qu'en est-il du libre passage?

Dans les cas de libre passage, les indemnités journalières versées par l'ancien assureur sont prises en compte pour le calcul du droit aux 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. Par ailleurs, le reste de la couverture d'assurance reste intact.

Lorsque l'indemnité journalière est réduite pour surindemnisation, la personne assurée a droit aux prestations correspondant à 720 indemnités. Ce droit se fonde sur le degré d'incapacité de travail.

La personne assurée ne doit pas chercher à retarder l'épuisement de son droit à l'indemnité journalière en renonçant à cette dernière avant que le médecin ait attesté sa guérison.

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 trois 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 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 indemnités journalières en cas de chômage est régi par la loi (article 73 LAMal).

3.10 Comment faire 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 50 % au cours de la maladie ou des suites de l'accident, elle doit immédiatement informer l'assureur de son incapacité de travail.

Elle doit donner à l'assureur tous les renseignements nécessaires sur les prestations dispensées, en particulier le motif du traitement (diagnostic) et les consultations médicales (calendrier). Les prestations d'assurance peuvent être refusées lorsque des indications nécessaires ne sont pas communiquées ou si l'assuré s'oppose à des mesures médicales qui lui sont prescrites.

Les assurés sont tenus de coopérer avec le service de médecin-conseil et d'autoriser leurs médecins traitants à lever le se-

cret professionnel dans le cadre de la détermination des prestations d'assurance.

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 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. Toute prestation versée par erreur doit être remboursée.

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. L'assureur a le droit de compenser ses

créances en restitution avec les créances de la personne assurée.

3.17 Quand s'éteint le droit aux prestations?

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

3.18 Dispositions transitoires pour les contrats avec date de début avant le 1er janvier 2022

Pour les contrats d'assurance dont le début est fixé avant le 1er janvier 2022, les dispositions transitoires suivantes s'appliquent:

Indemnités journalières assurées et délai d'attente

Si le montant de l'indemnité journalière ou le délai d'attente convenu/e s'écarte des dispositions des présentes Conditions générales du contrat (CGA), les prestations convenues en premier lieu s'appliquent. Les valeurs selon la police sont déterminantes.

En cas de fixation d'un nouveau montant d'indemnité journalière ou d'un nouveau délai d'attente, sont applicables exclusivement les dispositions des présentes CGA.

Début de l'allocation des prestations

Le droit aux prestations débute à l'échéance du délai d'attente convenu. Le délai d'attente est calculé une seule fois dans une période de 360 jours.

Durée d'allocation des prestations

L'indemnité journalière est allouée au maximum pour 1080 jours, sur une période de 1260 jours consécutifs. Le délai d'attente n'est pas déduit de la durée d'allocation des prestations. Lorsque la durée d'allocation maximale des prestations est atteinte, l'assurance de perte de gain se termine. L'assuré ne peut pas empêcher l'épuisement de la durée d'allocation des prestations, en renonçant aux prestations d'indemnités journalières.

En cas d'un montant d'indemnité journalière assuré de plus de 20 francs, l'indemnité journalière est accordée encore au maximum pour 180 jours dans un délai de 720 jours consécutifs, pour perte de gain, à l'âge AVS. Lorsque ces 180 jours sont épuisés, la prestation assurée est réduite à 20 francs par jour au maximum, avec un délai d'attente d'au moins 30 jours, et seuls les coûts dus à la maladie ou à l'accident qui ne sont pas couverts par une autre assurance sont pris en charge.

Incapacité de travail partielle

En cas d'incapacité de travail partielle de 50% au moins et médicalement attestée, les indemnités journalières sont versées en fonction du degré de l'incapacité de travail.

Lorsque les indemnités journalières sont réduites suite à une surindemnisation, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à la valeur de 1080 indemnités journalières entières. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

Âge limite

À l'encontre des dispositions selon l'article 2.1 des présentes Conditions générales d'assurance, l'assurance peut aussi être poursuivie après atteinte de l'âge limite.

4. Primes et participation aux coûts

4.1 Quelles primes devez-vous payer?

La prime de votre assurance selon le tarif de l'âge lors de l'affiliation, 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?

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 À combien s'élève la prime?

Le montant des primes est fixé selon les tarifs approuvés par l'autorité de surveillance (tarif de l'âge au moment de l'affiliation). Les primes sont échelonnées en fonction des groupes d'âge et des délais d'attente.

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 causés par les primes non payées ainsi que les frais de rappel et de poursuite sont à la charge de la personne assurée.

e) Compensation

L'assureur peut compenser des primes dues avec les prestations auxquelles la personne assurée a droit.

5. Voies de droit

5.1 Quand pouvez-vous demander une décision?

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.

5.3 A quel tribunal pouvez-vous vous adresser?

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 selon la LPGa.

6.2 Est-il possible de conclure des contrats de réassurance?

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

6.3 À partir de quand les présentes CGA sont-elles valables?

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 1er janvier 2022.

Elles peuvent à tout moment être modifiées par l'assureur et remplacent toutes les versions précédentes.