

# Conditions générales d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-maladie (CGA/LAMal)

Édition du 1.9.2015

## Table des matières

### I. Droit applicable

---

Art. 1 Fondements

### II. Personnes assurées

---

Art. 2 Admission

### III. Début, fin et suspension de l'assurance

---

Art. 3 Début de l'assurance

Art. 4 Fin de l'assurance

Art. 5 Changement d'assureur

Art. 6 Suspension de l'assurance

### IV. Droit en matière de cotisations

---

Art. 7 Cotisations (primes)

Art. 8 Groupes d'âge de l'assurance obligatoire des soins

Art. 9 Participation aux coûts

Art. 10 Adhésion et sortie, modification de la franchise

### V. Obligations de collaborer

---

Art. 11 Généralités

Art. 12 Obligations de déclarer

### VI. Domaine des prestations

---

Art. 13 Catégories d'assurance

Art. 14 Accidents

Art. 15 Surindemnisation

### VII. Dispositions diverses

---

Art. 16 Obligation de réduire les dommages

Art. 17 Cession et compensation

Art. 18 Décision

Art. 19 Opposition

Art. 20 Recours de droit administratif

Art. 21 Entrée en vigueur

## I. Droit applicable

---

### Art. 1 Fondements

---

1. Les réglementations juridiques suivantes prévalent, dans l'ordre indiqué, sur les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).
  - 1.1 Droit fédéral
  - 1.2 Droit cantonal
  - 1.3 Droit communal
  - 1.4 Statuts
  - 1.5 Conventions tarifaires
2. En l'absence de dispositions de teneur contraire stipulées dans le règlement sur les indemnités journalières, les présentes Conditions générales d'assurance sont également applicables à l'assurance facultative des indemnités journalières selon LAMal.
3. Les présentes CGA ne sont pas applicables à l'assurance LAA ainsi qu'à ses dispositions complémentaires et supplétives dans la mesure où cela n'est pas formellement spécifié. Par ailleurs, elles ne sont pas applicables aux assurances complémentaires de soins.

## II. Personnes assurées

---

### Art. 2 Admission

---

1. Toute personne domiciliée dans le domaine d'activité de la Caisse est en droit de souscrire l'assurance obligatoire des soins et de présenter une demande de souscription d'une assurance d'indemnités journalières selon LAMal. L'application des accords bilatéraux CH-UE/AELE demeure cependant réservée.
2. La personne intéressée doit demander l'assurance souhaitée par écrit en utilisant le formulaire prévu à cet effet. La proposition doit être remplie de façon complète et conforme à la vérité.

## III. Début, fin et suspension de l'assurance

---

### Art. 3 Début de l'assurance

---

1. Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer – ou être assurée par l'intermédiaire de son représentant légal – pour les soins en cas de maladie dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Si l'adhésion d'un assuré a lieu dans les délais prévus par l'art. 3 LAMal, l'assurance prend effet à la date de la naissance ou de la prise de domicile sur le territoire de compétence de la Caisse. L'application des réglementations relatives aux personnes qui satisfont aux conditions de l'art. 3 al. 2 et 3 LAMal demeure réservée.

2. La durée de prélèvement du supplément de prime prévu pour le cas d'une affiliation tardive au sens de l'art. 5 al. 2 de la loi correspond à la double durée du retard. Le supplément de prime se situe entre 30 % et 50 % de la prime. La Caisse fixe le supplément en tenant compte de la situation financière de l'assuré. Si le paiement du supplément met l'assuré dans la gêne, la caisse fixe un taux inférieur à 30 %.

### Art. 4 Fin de l'assurance

---

L'assurance prend fin:

1. en cas de décès,
2. lors d'un changement d'assureur,
3. lors de l'expiration des droits de jouissance ou de l'exclusion de l'assurance d'indemnités journalières.
- 3.1 Il peut y avoir exclusion de l'assurance d'indemnités journalières en cas de comportement abusif ou inexcusable de l'assuré et si le maintien de l'assurance d'indemnités journalières ne peut être raisonnablement exigé de la part de la Caisse. L'assuré doit être au préalable informé de cette sanction.
- 3.2 Sont notamment considérés comme relevant d'un comportement abusif les cas suivants:
  - ◆ demande d'assurance comportant des déclarations non conformes à la vérité,
  - ◆ manquement illégal ou grave à des prescriptions médicales,
  - ◆ retard dans le paiement de la prime après sommation infructueuse.

### Art. 5 Changement d'assureur

---

1. Les personnes assurées avec la franchise de base légale (franchise minimale) ont la possibilité de changer de caisse pour fin juin ou fin décembre moyennant un délai de trois mois. L'article 10 des présentes CGA est applicable aux autres assurés.
2. Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée a la possibilité de changer d'assureur, moyennant un délai de préavis d'un mois pour la fin du mois qui précède l'entrée en vigueur de la nouvelle prime. La Caisse doit annoncer les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique à chaque personne assurée au moins deux mois à l'avance et signaler le droit de changer de caisse.
3. Si l'assuré doit quitter la Caisse parce qu'il change de lieu de résidence ou d'emploi, la relation d'assurance prend fin au moment du changement du lieu de résidence ou de la prise d'emploi auprès du nouvel employeur.

4. Si l'assurance cesse de pratiquer l'assurance-maladie sociale volontairement ou par décision des pouvoirs publics, la relation d'assurance prend fin lors du retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 13 LAMal.
5. La relation d'assurance avec la Caisse ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la couverture 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 la personne concernée de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

#### **Art. 6 Suspension de l'assurance**

---

1. La couverture accidents peut être suspendue pour les assurés qui sont entièrement couverts pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). La Caisse procède à la suspension lorsque la personne assurée lui en fait la demande et apporte la preuve qu'elle est entièrement assurée conformément à la LAA. La Caisse réduit la prime en conséquence. La demande doit être présentée sous la forme écrite. La suspension déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit cette demande. Dans le cadre des dispositions de l'ordonnance principale de la LAMal (OAMal), l'assurance obligatoire des soins est suspendue pour les personnes qui sont soumises durant plus de 60 jours consécutifs à la Loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM).
2. Les accidents sont couverts en vertu de la LAMal dès que la couverture des accidents au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.
3. La Caisse prend en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension de l'assurance.
4. Lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, la Caisse doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur le droit qui découle pour lui de l'article 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 conformément à la LAMal. La même obligation est applicable à l'assurance-chômage lorsque le droit aux prestations de cette assurance expire sans que l'intéressé ne prenne un nouvel emploi.
6. Si l'assuré n'a pas rempli son obligation conformément à l'alinéa 5 ci-dessus, 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 la Caisse en a eu connaissance.

## **IV. Droit en matière de cotisations**

---

### **Art. 7 Cotisations (primes)**

---

1. Le montant des cotisations est échelonné en fonction de l'âge, des cantons et des régions. Une prime inférieure à celle des adultes peut être appliquée pour les adolescents jusqu'à l'âge de 25 ans révolus.
2. Qu'ils soient en bonne santé ou malades, les assurés sont tenus de s'acquitter de leurs primes mensuellement et par avance.
3. Si l'affiliation commence ou se termine dans le courant d'un mois civil, les primes doivent être acquittées pour le mois entier.
4. La Caisse peut réduire les primes d'assurance inhérentes aux formes particulières d'assurance selon l'article 62 LAMal.

### **Art. 8 Groupes d'âge de l'assurance obligatoire des soins**

---

1. Groupes d'âge existants:
  - Enfants 00 – 18
  - Jeunes adultes 19–25
  - Adultes à partir de 26 ans
2. L'âge effectif détermine la cotisation légalement applicable.
3. La répartition des groupes d'âge en ce qui concerne l'assurance facultative d'indemnités journalières se conforme aux Conditions complémentaires de l'assurance d'indemnités journalières.

### **Art. 9 Participation aux coûts**

---

1. Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient durant une année civile.
2. La participation aux coûts se compose:
  - du montant fixe de la franchise minimum légale annuelle
  - de la quote-part établie par la loi
  - de la contribution aux frais de séjour hospitalier.
3. La date de traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part.
4. Pour les enfants, aucune franchise n'est prélevée, et le montant maximal de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille assurés auprès de la Caisse payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part maximum dues par un adulte (art. 64 LaMal).
5. La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier se base sur les dispositions de l'ordonnance applicable (art. 104 OAMal).

6. Les contributions aux prestations en cas de maternité se basent sur les dispositions légales de la LAMal (art. 64) ainsi que sur les ordonnances correspondantes OAMal (art. 103 et suivants) ainsi que OPAS (art. 13 et suivants).
7. Demeurent réservées les prestations pour lesquelles le Département fédéral de l'intérieur prévoit une participation aux coûts plus élevée ou réduite ou n'en prévoit aucune.
8. Moyennant une réduction de la prime, l'assuré a la possibilité de choisir une franchise plus élevée. Les possibilités de franchises annuelles à option sont réglementées par la loi et les réductions de primes y relatives sont indiquées dans le tarif des primes.

#### **Art. 10 Adhésion et sortie, modification de la franchise**

---

1. Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchise à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.
2. Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles au plus tôt un an après l'adhésion à l'assurance avec franchise option, moyennant un préavis de trois mois pour la fin d'une année civile.
3. Si la personne assurée doit changer d'assureur sur la base de l'article 7, alinéas 3 ou 4 LAMal, l'article 103 alinéa 4 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) est applicable à la réglementation de la franchise et de la quote-part, comme suit:  
En cas de changement d'assureur au cours d'une année civile, le nouvel assureur impute la franchise et la quote-part déjà facturées durant cette même année. Si ni franchise ni quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée sous réserve que l'assuré apporte la preuve correspondante.

## **V. Obligations de collaborer**

---

### **Art. 11 Généralités**

---

1. Dans le cadre d'une demande d'assurance d'indemnités journalières, le demandeur, ou son représentant légal doit fournir tous les renseignements requis et en outre tenir à disposition les documents nécessaires à la Caisse pour l'admission, les réserves, l'augmentation de l'assurance, l'examen du trouble de la santé ainsi que pour la fixation des prestations d'assurance, notamment les rapports médicaux, les expertises, les radiographies, les pièces justificatives concernant les prestations de tiers. Ils doivent autoriser des tiers à remettre de tels documents et à fournir des renseignements.

2. L'assuré doit, en outre, se soumettre aux mesures d'investigation ordonnées par la Caisse, notamment aux examens médicaux raisonnables qui servent au diagnostic et à la fixation des prestations. Sont déraisonnables les mesures médicales qui constituent un danger pour la vie et la santé de l'assuré.
3. La Caisse peut, à ses frais, demander l'avis de personnes médicales et d'autres experts, notamment concernant l'état de santé et l'aptitude au travail de l'assuré.
4. Tous les membres de la Caisse sont tenus, dans les limites de ce qui peut être qualifié de raisonnable, d'observer les directives de la Caisse concernant les opérations de paiement (encaissement des primes/versement des prestations). En cas de transgression de cette obligation de collaboration, la Caisse est en droit de facturer des frais.  
L'EGK Assurances de base prélève des frais de rappel pour le deuxième rappel. Si des créances doivent être exigées par voie judiciaire, il en résulte des frais administratifs proportionnels aux charges pour le débiteur. Les intérêts moratoires ainsi que les frais effectifs de la procédure de recouvrement sont facturés à l'assuré concerné en sus des autres frais.

### **Art. 12 Obligations de déclarer**

---

1. L'assuré doit aviser sans retard son assureur-maladie de tout accident non déclaré auprès d'un assureur LAA ou de l'assurance militaire. Il doit donner des renseignements concernant:
  - a) le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident,
  - b) le médecin traitant ou l'hôpital,
  - c) les éventuels responsables et assurances concernés.
2. L'assuré est tenu d'aviser la Caisse dans les cinq jours qui suivent la survenance d'une maladie ou d'un accident.
3. Les changements d'adresse ou de nom, ainsi que les décès doivent être annoncés à la Caisse par écrit dans les 30 jours.
4. Si l'assuré transfère son lieu de domicile à l'étranger, il est tenu d'en aviser la Caisse dans les 10 jours. Demeurent toutefois réservés les accords bilatéraux CH-UE/AELE.
5. Les ordonnances de cures thermales doivent être remises à la Caisse pour examen un mois avant le début de la cure, sauf dans les cas où la cure thermale a lieu dans les 14 jours qui suivent un séjour dans un hôpital pour soins en phase aiguë.

## VI. Domaine des prestations

---

### Art. 13 Catégories d'assurance

---

1. La Caisse pratique, dans la mesure des présentes CGA et selon les Conditions complémentaires d'assurance, les catégories d'assurance suivantes:
  - 1.1 assurance obligatoire des soins (catégorie A),
  - 1.2 assurance facultative des indemnités journalières (catégories B/C),
  - 1.3 formes particulières d'assurance (article 62 LAMal).

### Art. 14 Accidents

---

1. En cas d'accident, la Caisse prend en charge, en vertu de la LAMal, les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.
2. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui a des conséquences nuisibles sur la santé physique, intellectuelle ou psychique ou qui entraîne le décès.
3. Sont toutefois exclus de la couverture de l'assurance obligatoire des soins les accidents pour lesquels une autre assurance-accidents doit intervenir.
4. La couverture des accidents peut être suspendue dans le cadre des dispositions de l'article 6 des présentes CGA.

### Art. 15 Surindemnisation

---

1. Les prestations de l'assurance-maladie ou leur coïncidence avec celles d'autres assurances sociales ne doivent pas entraîner de surindemnisation pour les personnes assurées. Seules sont prises en considération pour le calcul de la surindemnisation les prestations de même nature et visant un même but, allouées à l'ayant droit du fait du cas d'assurance. L'allocation pour impotent et les suppléments pour impotence ne sont en l'occurrence pas pris en considération.
2. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations respectives des assurances sociales excèdent les limites suivantes:
  - 2.1 les frais de soins supportés par l'assuré et les autres frais non couverts dus à la maladie;
  - 2.2 la perte de gain présumée subie par la personne assurée du fait du cas d'assurance ou la valeur des tâches qu'elle ne peut pas accomplir.

## VII. Dispositions diverses

---

### Art. 16 Obligation de réduire les dommages

---

1. L'assuré doit observer consciencieusement les prescriptions médicales (par exemple, repos au lit, prise de médicaments, thérapies, etc.) et s'abstenir de tout ce qui pourrait retarder ou compromettre la guérison.
2. L'assuré ne doit pas inciter le médecin à procéder à des traitements ou examens inutiles ou non économiques (par exemple, visites à domicile inutiles, traitement stationnaire au lieu d'un traitement ambulatoire, changement inutile de médecin avec double examen).

### Art. 17 Cession et compensation

---

Les assurés n'ont pas le droit de céder des créances, de les mettre en gage ou de les compenser sans l'assentiment exprès de la Caisse.

### Art. 18 Décision

---

1. Si l'assuré n'accepte pas une décision de la Caisse relative à l'assurance obligatoire des soins ou à l'assurance facultative d'indemnités journalières, celui-ci peut demander à ce que la Caisse confirme ladite décision par écrit dans les 30 jours.
2. La Caisse doit motiver la décision et indiquer les voies de recours; la notification irrégulière d'une décision ne peut entraîner aucun préjudice pour l'assuré.

### Art. 19 Opposition

---

Toute décision peut être attaquée dans les trente jours par voie d'opposition auprès de la Caisse qui l'a notifiée.

### Art. 20 Recours de droit administratif

---

1. Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées par recours administratif. Le recours doit être déposé dans les trente jours à partir de la notification de la décision rendue sur opposition devant le tribunal des assurances désigné par chaque canton pour trancher les litiges opposant un assureur à un autre assureur, à un assuré ou à un tiers.
2. Le recours peut aussi être formé lorsque la Caisse n'a pas rendu de décision ou de décision sur opposition, en dépit de la demande de l'assuré.

### Art. 21 Entrée en vigueur

---

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) ont été approuvées par le Conseil de fondation de l'EKG Assurances de base et entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2013.





**EGK-Caisse de Santé**  
Brislachstrasse 2, 4242 Laufon  
T 061 765 51 11, F 061 765 51 12  
info@egk.ch, www.egk.ch