

Édition 2024



Assurance obligatoire des soins avec libre choix du médecin

Conditions d'assurance (CA)
classic • euroline

Conditions d'assurance (CA)

Assurance obligatoire des soins avec libre choix du médecin selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Chapitre	Page	Chapitre	Page
1 Bases de l'assurance	4	9 Coordonnées bancaires	5
1.1 Dispositions du droit fédéral et droit cantonal		10 Frais	5
1.2 Autres personnes domiciliées dans l'UE, en Islande ou en Norvège		10.1 Frais de rappel et d'encaissement	
1.3 Application aux assureurs du Groupe Sympany		10.2 Paiement fractionné	
		10.3 Frais de paiement	
2 Objet de l'assurance	4	11 Obligation de garder le secret	5
3 Obligations générales	4	12 Contentieux	5
4 Responsabilité au titre du traitement médical	4	12.1 Décision	
5 Fin de l'assurance	4	12.2 Opposition	
6 Couverture accidents	4	12.3 Procédure de recours	
7 Obligations d'informer et d'annoncer	4	13 Entrée en force	5
7.1 Déclaration d'accident		14 Protection juridique	5
7.2 Coopération de la personne assurée		15 Protection des données	5
7.3 Pouvoir de fournir des renseignements		16 Interprétation	6
7.4 Non-observation de l'obligation d'annoncer		17 Entrée en vigueur	6
8 Droits et obligations concernant les prestations de tiers	5		

But de l'assurance

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du diagnostic et du traitement en cas de maladie, d'accident et de maternité dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Elle peut être conclue avec une franchise ordinaire ou à option. Il est également possible de conclure l'assurance obligatoire des soins avec libre choix du médecin ou un modèle d'assurance alternatif dans le sens d'une forme d'assurance particulière avec choix limité des prestataires.

1 Bases de l'assurance

1.1 Dispositions du droit fédéral et droit cantonal

La présente assurance est régie par les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal), de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et les dispositions exécutoires qui s'y rapportent, ainsi que par les présentes Conditions d'assurance (CA). Les lois fédérales et cantonales priment sur les présentes Conditions d'assurance (CA).

1.2 Autres personnes domiciliées dans l'UE, en Islande ou en Norvège

À la suite de l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation entre la Suisse et l'Union européenne (UE), des dispositions divergentes doivent en outre être respectées, concernant notamment le cercle des personnes assurées, leurs droits et leurs devoirs, la relation d'assurance, les prestations, mais aussi les primes et la participation aux coûts.

1.3 Application aux assureurs du Groupe Sympany

En sa qualité d'assureur maladie, l'entité juridique mentionnée sur la police verse les prestations d'assurance et est désignée ci-après comme «assureur».

2 Objet de l'assurance

Sont assurées contre les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité les personnes mentionnées dans la police. Le risque d'accident est coassuré, s'il figure dans la police d'assurance.

3 Obligations générales

La personne assurée doit suivre les instructions médicales, faire tout ce qui favorise la guérison, et éviter tout ce qui pourrait la ralentir.

4 Responsabilité au titre du traitement médical

La responsabilité pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques incombe exclusivement aux prestataires traitant la personne assurée.

5 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin:

- suite à une résiliation,
- suite au départ à l'étranger, sauf en cas de maintien de l'obligation de s'assurer,
- en cas de décès.

6 Couverture accidents

La couverture accidents peut être exclue pour les accidents professionnels et non professionnels, si une couverture accidents obligatoire complète selon la LAA est attestée. L'exclusion intervient le premier jour du mois suivant la proposition. L'inclusion de la couverture accidents intervient immédiatement à l'expiration de l'assurance-accidents selon la LAA. La personne assurée doit immédiatement déclarer la suppression de l'assurance-accidents selon la LAA.

7 Obligations d'informer et d'annoncer

7.1 Déclaration d'accident

Le formulaire Déclaration d'accident doit être complété et remis en sus lorsque l'assuré fait valoir des prestations en cas d'accident. La déclaration d'accident doit être envoyée à l'assureur dans les 10 jours suivant l'accident.

7.2 Coopération de la personne assurée

La personne assurée doit fournir gracieusement à l'assureur tous les renseignements requis pour la clarification du droit aux prestations. Cela inclut également les décisions d'autres assureurs sociaux et les justificatifs des assureurs privés éventuels.

7.3 Pouvoir de fournir des renseignements

La personne assurée est tenue d'autoriser toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les hôpitaux, les thérapeutes, les assurances et les organes officiels à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations.

7.4 Non-observation de l'obligation d'annoncer

Les désavantages résultant de la non-observation des obligations d'informer et d'annoncer sont à la charge de la personne assurée.

8 Droits et obligations concernant les prestations de tiers

La personne assurée est tenue d'informer immédiatement l'assureur de toutes les prestations de tiers (p. ex. assurance-accidents, responsabilité civile, militaire ou invalidité) ainsi que des indemnisations convenues, pour autant que ce dernier ait à verser des prestations pour le même cas d'assurance. La personne assurée n'est pas autorisée à renoncer totalement ou partiellement à des prestations de tiers sans le consentement exprès de l'assureur. Si un autre assureur maladie, accidents ou social réduit ses prestations pour des raisons autorisant également l'assureur à réduire les siennes, ce dernier ne compense pas la perte due à la réduction.

9 Coordonnées bancaires

L'assureur verse les prestations à la personne assurée sur un compte postal ou bancaire déclaré. Faute d'annonce de la personne assurée, l'assureur peut facturer des frais forfaitaires par décompte de prestations.

10 Frais

10.1 Frais de rappel et d'encaissement

En plus des frais de poursuite, l'assureur peut également facturer aux mauvais payeurs des frais de traitement appropriés, des frais administratifs ainsi que les coûts des rappels et des intérêts moratoires.

10.2 Paiement fractionné

Lorsqu'un paiement fractionné a été convenu dans la procédure d'encaissement et de poursuite, l'assureur peut facturer des frais de paiement échelonné pour la charge administrative supplémentaire.

10.3 Frais de paiement

La personne assurée dispose de différentes possibilités pour payer ses primes et ses participations aux coûts sans frais. Si la personne assurée choisit un mode de paiement entraînant des frais (p. ex. en cas de versements au guichet postal), l'assureur peut lui refacturer ces frais.

11 Obligation de garder le secret

Les collaborateurs de l'assureur sont soumis à l'obligation légale de garder le secret.

12 Contentieux

12.1 Décision

Lorsqu'une personne assurée n'accepte pas une décision de l'assureur, ce dernier rend sur demande une décision écrite dans un délai de 30 jours, avec indication des motifs et des voies de recours.

12.2 Opposition

Une opposition écrite peut être formée à l'encontre de la décision de l'assureur dans un délai de 30 jours à compter de sa notification. L'assureur examine l'opposition et rend une décision sur opposition écrite, avec indication des motifs et des voies de recours.

12.3 Procédure de recours

Un recours peut être formé à l'encontre de la décision sur opposition de l'assureur devant le tribunal cantonal des assurances dans un délai de 30 jours. Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de la personne assurée ou d'une autre partie. Le tribunal des assurances peut également être saisi quand l'assureur ne rend pas de décision ni de décision sur opposition dans les délais.

Si la personne assurée ou une autre partie est domiciliée à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de son dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de son dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de Bâle-Ville.

13 Entrée en force

Si le délai de recours a expiré sans avoir été utilisé, la décision ou la décision sur opposition de l'assureur entre en force. Les décisions entrées en force qui portent sur des versements d'argent sont assimilées à des jugements exécutoires dans le sens de l'art. 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP).

14 Protection juridique

En cas de différends portant sur des honoraires entre la personne assurée et les prestataires au titre de la LAMal, l'assureur peut, à sa demande, se charger de sa défense à ses frais devant les tribunaux compétents, pour autant que la demande ne paraisse pas vouée à l'échec.

15 Protection des données

Le traitement des données des personnes assurées est notamment régi par les dispositions légales applicables en matière de protection des données de la loi fédérale du 25 septembre 2020 (LPD, RS

235.1) sur la protection des données, art. 33 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) et art. 84, 84a et 84b de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). Dans les rapports d'assurance à caractère international, le traitement des données est régi par les dispositions applicables (p. ex. Règlement RGPD [UE] 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données collectées auprès de la personne assurée servent à exécuter le contrat d'assurance (p. ex. pour le traitement des prestations, l'encaissement ou la gestion des documents). Seules les données servant à cette fin sont collectées.

Des explications détaillées sur la protection des données sont disponibles sur le site Internet de l'assureur.

16 Interprétation

La version originale des présentes Conditions d'assurance est la version allemande. Les versions française, italienne et anglaise sont des traductions. En cas d'éventuelles différences d'interprétation, le texte allemand fait foi.

17 Entrée en vigueur

Ce règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024 et remplace tous les règlements et dispositions antérieurs concernant l'assurance obligatoire des soins légale.

1096/f/07.2023

+41 58 262 42 00
www.sympany.ch

Une assurance au top.
The logo for Sympany, featuring a stylized white 'C' shape on the left and the word 'sympany' in a lowercase, sans-serif font to its right.