ÖKK INDEMNITE JOURNALIERE (LAMal)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Edition 2023

ÖKK

ÖKK INDEMNITE JOURNALIERE (LAMal)

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG
Conditions générales d'assurance (CGA)
Edition 1.1.2023

TABLE DES MATIÈRES

1.	**Bases de l'assurance**	**2**
1.1	Assureurs	2
1.2	Bases juridiques	2
1.3	But	2
2.	**Assurance**	**2**
2.1	Assurés	2
2.2	Procédure d'admission	2
2.3	Libre passage	2
2.4	Début de l'assurance	2
2.5	Transfert du domicile	2
2.6	Suspension de l'assurance	2
2.7	Fin de l'assurance	2
3.	**Etendue d'assurance**	**3**
3.1	Variantes d'assurance	3
3.2	Montant de l'indemnité journalière assurée	3
3.3	Modification d'assurance	3
4.	**Prestations**	**4**
4.1	Droit aux prestations	4
4.2	Durée des prestations	4
4.3	Restrictions en matière de prestations	4
4.4	Relations avec d'autres assureurs	5
4.5	Procédure en cas de maladie et d'accident	5
5.	**Primes et créances de ÖKK**	**5**
5.1	Fixation des primes	5
5.2	Paiement des primes	5
6.	**Assurance collective**	**6**
7.	**Voies de droit**	**6**
7.1	Décision	6
7.2	Opposition	6
7.3	Tribunal cantonal des assurances	6
7.4	Exécution	6
7.5	Cession et mise en gage	6
8.	**Dispositions finales**	**6**
8.1	Modifications	6
8.2	Entrée en vigueur	6

La forme masculine choisie dans les présentes CGA vaut également pour les personnes de sexe féminin.

Ce texte a été traduit de l'allemand. En cas de divergence entre la version allemande et la version française, la version dans la langue d'origine fait foi.

Les Conditions générales d'assurance actuelles sont disponibles sur le site www.oekk.ch/cga ou dans votre agence ÖKK.

1. Bases de l'assurance

1.1 Assureurs

L'assureur est la société ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Landquart. L'assureur est mentionné sur la police.

1.2 Bases juridiques

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) priment les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).

1.3 But

ÖKK INDEMNITE JOURNALIERE (LAMal) assure la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite d'accident, de maladie ou de maternité.

2. Assurance

2.1 Assurés

Toute personne domiciliée en Suisse âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas encore atteint 65 ans révolus, peut conclure une assurance d'indemnités journalières.

2.2 Procédure d'admission

2.2.1 Dépôt de la proposition

La proposition se fait au moyen du formulaire préimprimé. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur le formulaire.

2.2.2 Examen de la proposition

Le proposant autorise l'assureur à solliciter les renseignements nécessaires à l'admission et à l'éclaircissement d'une obligation ultérieure auprès des personnes médicales ainsi qu'auprès d'autres assureurs.

L'assureur peut demander un certificat médical ou un examen par le médecin-conseil. Il peut désigner le médecin et prend les frais à sa charge.

2.2.3 Réserve et risque aggravé

Les maladies et les suites d'un accident existant au moment de l'admission ou ayant existé antérieurement et si, selon l'expérience, une rechute est possible, peuvent être exclues de l'assurance par une clause de réserve. En cas d'augmentation d'assurance, une éventuelle réserve ne sera toutefois formulée que pour les prestations assurées en sus.

La réserve est communiquée par écrit à la personne assurée. Elle produit ses effets pendant cinq ans à compter du début de l'assurance et devient caduque sans autre communication à l'expiration de ce délai.

La personne assurée est libre de faire attester avant l'expiration de ce délai qu'une réserve existante n'est plus justifiée. L'assureur décide de l'annulation anticipée. Les frais sont à la charge de la personne assurée.

Lorsque les maladies ou suites d'accident existantes ou ayant existé font apparaître un risque d'assurance aggravé, ce sera tout au plus l'indemnité journalière pour assurés présentant un risque aggravé qui sera assurée.

Si, en déposant sa proposition, un assuré fournit des indications incorrectes ou incomplètes, une réserve peut également être formulée avec effet rétroactif ou le montant de l'indemnité journalière peut être réduit rétroactivement au montant maximal prévu pour les assurés présentant un risque aggravé

2.2.4 Police d'assurance et CGA

Après son admission, la personne assurée se voit remettre une police d'assurance et les présentes CGA.

La police d'assurance contient la variante d'assurance souscrite, la prime et toute autre donnée importante.

2.3 Libre passage

Les personnes qui rejoignent l'assureur en exerçant le libre passage légal, sont admises, en fonction de leur âge au moment du transfert, dans les limites de leur couverture d'assurance antérieure et sans nouvelle réserve. Les réserves formulées par les assureurs précédents sont maintenues jusqu'au moment où elles ont duré cinq ans au total.

Le droit de libre passage doit être exercé dans les trois mois qui suivent la réception de la communication relative au droit de libre passage. La police d'assurance de l'ancien assureur doit être présentée.

2.4 Début de l'assurance

L'assurance produit ses effets dès le jour d'admission confirmé par l'assureur.

2.5 Transfert du domicile

Tout changement d'adresse et transfert du domicile doivent être annoncés dans les 30 jours à l'assureur. Est réputé changement de domicile le transfert du domicile civil.

2.6 Suspension de l'assurance

L'assurance peut être suspendue:

a) en cas de séjour à l'étranger de plus de trois mois,
b) pendant l'instruction militaire ou un service de protection civile d'une durée supérieure à un mois pour les prestations assurées auprès de l'assurance militaire,
c) en cas d'entrée dans une assurance de l'employeur, toutefois au plus tard jusqu'à l'âge de 45 ans,
d) en cas d'entrée dans l'assurance d'un établissement de formation pour la durée de la formation et pour les prestations qui y sont assurées.
e) en cas de séjour de plus de 3 mois dans un établissement pénitentiaire, un établissement d'internement ou une maison d'éducation.

La suspension garantit à la personne assurée, lors de la remise en vigueur de l'assurance, l'étendue d'assurance initiale et la réactivation immédiate du droit aux prestations sans nouvelle réserve et sans perte du groupe d'âge.

2.7 Fin de l'assurance

2.7.1 En général

L'assurance prend fin:

a) par résiliation,
b) par départ à l'étranger,
c) par épuisement définitif du droit aux prestations,
d) au moment d'atteindre la limite d'âge légale, dans la mesure où un maintien de l'assurance n'est pas demandé,
e) par décès.

Les motifs d'exclusion prévus par la loi en cas de transgression des obligations incombant à la personne assurée demeurent réservés.

2.7.2 Résiliation

La personne assurée peut résilier l'assurance pour la fin d'un mois, moyennant un préavis de trois mois.

Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée peut résilier l'assurance pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

Dans les deux cas, la date de réception de la résiliation par l'assureur est déterminante (et non la date du timbre postal).

2.7.3 Effets de la fin de l'assurance

Après la fin de l'assurance, il n'existe plus aucun droit juridique à l'égard de l'assureur, à l'exception des prestations d'assurance en suspens.

La personne assurée doit remplir ses obligations financières envers l'assureur.

3. Etendue d'assurance

3.1 Variantes d'assurance

3.1.1 Choix de la variante d'assurance

Le proposant choisit la variante d'assurance.

3.1.2 Début des prestations

L'assureur propose l'assurance avec divers débuts des prestations.

Si aucun délai d'attente n'est convenu, la prestation est servie dès le premier jour de l'incapacité de travail attestée par le médecin. Si le délai d'attente convenu est d'un jour, la prestation est allouée dès le premier jour de travail qui suit le jour de la survenance de l'incapacité de travail attestée par le médecin. En cas de délais d'attente plus longs, la prestation est servie dès le premier jour qui suit l'expiration du délai d'attente.

Des assurances avec début des prestations différé peuvent être convenues avec des délais d'attente allant jusqu'à 730 jours.

Sauf accord contraire, les délais d'attente de 21 jours et moins sont calculés à nouveau pour chaque cas de maladie ou pour chaque accident. Les délais d'attente plus longs ne doivent être observés qu'une fois par année civile.

Le délai d'attente est imputé sur la durée maximale des prestations, dans la mesure où l'employeur est tenu de verser le salaire durant le délai d'attente.

3.1.3 Couverture des accidents

La couverture des accidents peut être incluse à la demande dela personne assurée . L'indemnité journalière en cas d'accident peut également être assurée à elle seule.

3.2 Montant de l'indemnité journalière assurée

3.2.1 Principe

Le montant de l'indemnité journalière est convenu entre la personne assurée et l'assureur.

Est assurable 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.

L'assureur a le droit de limiter le montant maximal de l'indemnité journalière assurable.

Le montant de l'indemnité journalière assurable est obtenu en divisant la moyenne de la perte de salaire déterminante d'une année par 365.

Les assurances d'indemnités journalières existant auprès d'autres assureurs doivent être déclarées. Lorsque celles-ci sont souscrites après la conclusion d' ÖKK INDEMNITE JOURNALIERE (LAMal), la déclaration a également force obligatoire.

En présence d'une surassurance durable et après avoir entendu la personne assurée, l'assureur peut réduire l'indemnité journalière assurée en conséquence. La réduction a lieu sans délai de résiliation pour la fin d'un mois.

3.2.2 Risque aggravé

L'indemnité journalière pour les assurés présentant un risque aggravé au moment de la conclusion de l'assurance se monte au maximum à CHF 10 par jour.

3.2.3 Salariés

Les assurés dont le revenu provient de rapports de travail dépendants, peuvent s'assurer jusqu'à concurrence du salaire brut soumis à l'AVS.

3.2.4 Indépendants

Les assurés dont le revenu provient d'une activité lucrative indépendante, peuvent s'assurer jusqu'à concurrence de leur revenu soumis à l'AVS selon la dernière décision de cotisation rendue par l'AVS. Peuvent être assurés en plus les frais de production prouvables qui subsistent durant l'incapacité de travail. Ce sont des frais touchant directement la personne assurée et qui sont en relation directe avec le gain, notamment les frais fixes pour le loyer commercial, la voiture, les assurances, les amortissements de machines et autres frais similaires. Ces frais doivent être déclarés au moment de la conclusion.

3.2.5 Personnes sans activité lucrative

Les femmes et les hommes au foyer, les personnes en formation et les membres de la famille qui travaillent dans l'entreprise familiale sans toucher de salaire en espèces peuvent s'assurer jusqu'à concurrence de la rente AVS maximale simple.

Les indemnités journalières dépassant le montant minimal de la rente simple de l'AVS ne sont versées que dans la mesure où la valeur des tâches que la personne assurée ne peut pas accomplir peut être justifiée par des frais de tiers (p. ex.aide-ménagère , remplacement, etc.).

3.3 Modification d'assurance

3.3.1 En général

La personne assurée peut demander en tout temps une augmentation ou une diminution de l'indemnité journalière, une réduction ou une prolongation du délai d'attente ainsi que l'inclusion ou l'exclusion de la couverture des accidents.

Sont applicables par analogie les conditions relatives au dépôt de la proposition en cas d'augmentation d'assurance et les conditions régissant la résiliation en cas de diminution de l'assurance.

3.3.2 Adaptation au renchérissement

La personne assurée peut demander l'adaptation de son assurance au renchérissement annuel selon l'indice suisse des prix à la consommation. L'assureur accorde cette adaptation sans examen du risque et sous garantie du groupe d'âge d'entrée existant, pour autant qu'il n'y ait aucune incapacité de travail et que la personne assurée ne touche aucune indemnité journalière. L'adaptation ne s'effectue que pour le renchérissement de la dernière année civile écoulée.

En outre, la personne assurée peut demander en tout temps l'adaptation de son assurance à l'évolution réelle du salaire aux conditions valables pour l'augmentation d'assurance.

3.3.3 Inclusion postérieure de la couverture des accidents

En cas d'inclusion postérieure de la couverture des accidents, l'assureur accorde le groupe d'âge d'entrée de l'assurance existante. L'assureur peut toutefois exclure de la couverture d'assurance, par une clause de réserve, les suites d'accident ou refuser l'inclusion de la couverture des accidents en présence d'un risque aggravé.

3.3.4 Augmentation d'assurance

Lorsque l'indemnité journalière assurée est baissée et que, simultanément, le délai d'attente en vigueur est réduit ou inversement, l'assureur accorde cette adaptation sans modifier le groupe d'âge d'entrée, dans la mesure où il y a une équivalence des primes.

Une augmentation d'assurance peut être refusée

a) lorsque l'âge AVS est dépassé,
b) en présence de maladies et de suites d'accident, également de celles ayant existé antérieurement et qui représentent un risque aggravé,
c) lorsqu'il y a eu recours exagéré aux prestations,
d) en cas de retard dans le paiement des primes.

L'assureur peut, pour des modifications d'assurance, décider d'autres conditions ou des conditions dérogatoires en faveur dela personne assurée .

4. Prestations

4.1 Droit aux prestations

4.1.1 En général

Le droit aux prestations existe pendant la durée de l'assurance. Les prestations se déterminent d'après l'étendue d'assurance souscrite et les présentes CGA.

Le montant total des indemnités journalières allouées ne doit pas dépasser 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 et à laquelle s'ajoutent les frais supplémentaires définis dans la loi.

L'assureur paie l'indemnité journalière conformément au début des prestations choisi après la naissance du droit aux prestations pour les jours d'une incapacité de travail attestée par le médecin.

Une incapacité partielle de travail donne droit à une indemnité journalière réduite en proportion. Conformément aux dispositions correspondantes de la LAMal, la couverture d'assurance est maintenue jusqu'à l'incapacité totale de travail. Il n'y a aucun droit aux prestations lorsque le degré de l'incapacité de travail est inférieur à 50 %.

Lorsque des paiements d'autres assureurs intervenant durant un cas de prestations engendrent une surindemnisation, l'indemnité journalière sera réduite en proportion; la durée des prestations est prolongée en conséquence.

Le délai d'attente débute le jour de l'incapacité de travail attestée par le médecin. Sont réputés jours d'attente les jours pour lesquels l'incapacité de travail est au moins de 50 %.

4.1.2 Accident

Si le risque accident est inclus dans l'assurance, les prestations en cas d'accident sont les mêmes qu'en cas de maladie.

Les accidents sont couverts à titre subsidiaire, c.-à-d. la responsabilité de tiers prime l'obligation de l'assureur.

La définition de l'accident est régie par les dispositions en vigueur de la LPGA.

4.1.3 Chômage

Les chômeurs assurés peuvent, sans qu'une nouvelle réserve soit formulée, transformer leur assurance jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité journalière assurée jusqu'alors en une assurance avec un délai d'attente de 30 jours, pour autant qu'ils se soient annoncés à la caisse de chômage.

La prime pour une augmentation d'assurance qui en résulte est calculée selon l'âge effectif.

Si l'incapacité de travail est supérieure à 50 %, la pleine indemnité journalière est versée.

4.1.4 Maternité

Les prestations en cas de maternité sont servies, pour autant qu'une protection d'assurance ait existé, avant l'accouchement, auprès de l'assureur ou d'autres assureurs selon la LAMal depuis au moins 270 jours sans une interruption de plus de trois mois.

En cas de maternité, la durée maximale des prestations est de 16 semaines, dont au moins 8 après l'accouchement. Ces indemnités journalières ne sont pas imputées sur la durée maximale des prestations.

4.1.5 Incapacité de travail à l'étranger

Durant les voyages de vacances privés à l'étranger, les indemnités journalières assurées ne sont servies qu'en cas d'hospitalisation. Cette réglementation est également valable pour les frontaliers hors de la Suisse ainsi qu'en dehors de leur lieu de domicile. Un séjour pour raisons professionnelles demeure réservé.

4.1.6 Séjour à l'étranger en cas d'incapacité de travail

Lorsqu'un assuré incapable de travailler et ayant droit aux prestations se rend à l'étranger sans l'assentiment de l'assureur, il n'a pas droit aux prestations pendant la durée de son séjour à l'étranger.

Cette restriction ne s'applique pas aux frontaliers en cas de séjour en Suisse.

4.2 Durée des prestations

4.2.1 Principe

Pour les cas de maladie et d'accident réunis, 730 indemnités journalières au maximum sont versées dans une période de 900 jours consécutifs. Lorsque l'indemnité journalière est réduite par suite d'une surindemnisation, la personne assurée atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 730 indemnités journalières entières. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

Les prestations déjà touchées auprès d'assureurs précédents sont imputées sur le droit total aux prestations.

La personne assurée ne peut pas empêcher l'épuisement de la durée du droit aux prestations en renonçant aux prestations de l'assureur avant la fin de la nécessité de suivre un traitement ou de l'incapacité de travail.

4.2.2 En atteignant l'âge d'entrée maximal

Lorsqu'un assuré qui atteint l'âge d'entrée maximal maintient sa garantie d'assurance avec le consentement de l'assureur, l'assureur verse l'indemnité journalière assurée durant 90 jours au plus.

4.2.3 Indépendants

Tout au plus 180 indemnités journalières sont servies pour les frais de production assurés.

4.3 Restrictions en matière de prestations

4.3.1 Réduction et suspension des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations:

a) pour les maladies et suites d'accident faisant l'objet d'une réserve en vigueur,
b) pour les maladies et les suites d'accident passées fautivement sous silence ou indiquées de manière incomplète au moment de déposer la proposition, et ceci pour la durée pendant laquelle l'assureur les aurait exclues s'il en avait eu connaissance,
c) durant un délai de carence,
d) pour les suites des accidents qui doivent être couverts par un autre assureur,

e) lorsqu'un traitement ne sert pas à guérir un trouble de la santé ou ses suites. Les mesures qui empêchent l'apparition imminente ou l'aggravation d'un trouble de la santé demeurent réservées s'il y a déjà un état morbide,
f) en cas de suspension de l'assurance,
g) en cas de participation à des actes de guerre et actes similaires.

Les prestations peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou refusées dans des cas particulièrement graves:

h) en cas de transgression des obligations légales de collaborer, notamment les obligations de déclarer (p. ex. auprès d'autres assureurs sociaux),
i) lorsque la personne assurée refuse de se soumettre à un examen de contrôle que l'assureur a exigé chez le médecin-conseil,
j) lorsque 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 ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible,
k) lorsque la personne assurée s'expose à des dangers extraordinaires ou des entreprises téméraires,
l) pour les maladies ou accidents provoqués intentionnellement, ainsi que pour les maladies et accidents dus à la participation active à des actes punissables, à des bagarres ou à d'autres actes violents,
m) pour les assurés subissant une mesure ou une peine privative de liberté.

4.3.2 Obligation de restituer
L'assureur peut exiger la restitution des prestations touchées par erreur ou à tort.

4.4 Relations avec d'autres assureurs

4.4.1 En général
Lorsqu'une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal ou selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) existe auprès d'un autre assureur, l'assureur n'est pas tenu de verser de prestations ou son obligation porte tout au plus sur la part non couverte.

4.4.2 Autres assureurs sociaux
Les dispositions de la LPGA, de la LAMal et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) sont applicables.

4.4.3 Assureurs privés selon la LCA
Les dispositions relatives à la subrogation selon l'art. 72 ss LPGA et à la surindemnisation selon l'art. 69 LPGA et l'art. 122 OAMal sont applicables.

4.5 Procédure en cas de maladie et d'accident

4.5.1 Obligation de déclarer
La personne assurée doit informer l'assureur dans les cinq jours de toute incapacité de travail qui pourrait donner droit à des indemnités journalières, tout en indiquant s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie. Le certificat établi par le médecin ou le chiropraticien doit parvenir à l'assureur au plus tard dix jours après le début de l'incapacité de travail. En cas d'omission sans raison valable, l'assureur n'accorde les prestations qu'à partir du jour de l'annonce. Le délai d'attente commence à courir à réception de l'avis. Les avis tardifs non imputables à la personne assurée demeurent réservés. Toute apposition d'une antidate sur les certificats médicaux et les avis de maladie ou d'accident est illicite. Ces documents doivent également être présentés dans les délais lorsque la durée de l'incapacité de travail se situe complètement dans le délai d'attente convenu.

La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de gain non couverte, y compris les éventuels frais de production. Toute diminution du degré de l'incapacité de travail doit être annoncée immédiatement à l'assureur.

4.5.2 Comportement en cas de maladie et d'accident
La personne assurée doit tout mettre en œuvre pour favoriser la guérison et s'abstenir de tout ce qui peut l'entraver. Elle doit notamment observer les prescriptions des personnes médicales.

L'assureur est en droit de vérifier l'observation des prescriptions médicales et de prendre des mesures de contrôle appropriées.

4.5.3 Obligation de renseigner
La personne assurée fournit gratuitement à l'assureur tous les renseignements nécessaires pour établir le droit à des prestations d'assurance et fixer les prestations dues. Elle informe notamment de toutes les prestations allouées par des tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité et, en cas d'accident, met à la disposition de l'assureur toutes les informations nécessaires sur les circonstances de l'accident ainsi que sur les tiers impliqués dans l'accident.

La personne assurée est tenue dans un cas de prestations d'autoriser toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assureurs et les organes officiels à fournir les renseignements qui sont nécessaires pour établir le droit aux prestations, pour autant que les personnes et institutions concernées ne soient pas déjà tenues de par la loi de donner les renseignements requis.

La personne assurée doit, sur demande, se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de l'assureur. Les frais vont à la charge de l'assureur.

L'assureur peut, dans chaque cas, vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte, y compris les éventuels frais de production; le cas échéant, il peut prendre des mesures de contrôle appropriées.

L'indemnité journalière est versée lors du recouvrement de la capacité de travail sur la base du certificat médical. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, l'indemnité journalière est en règle générale versée mensuellement.

Si, dans un cas de prestations, la personne assurée refuse de manière inexcusable de se conformer à ses obligations de renseigner ou de collaborer, l'assureur peut soit se prononcer sur le droit aux prestations en l'état du dossier soit ne pas entrer en matière sur la demande de prestations.

5. Primes et créances de ÖKK

5.1 Fixation des primes

5.1.1 En général
Les primes sont fixées dans le tarif des primes d'ÖKK INDEMNITE JOURNALIERE (LAMal). Elles peuvent être échelonnées selon l'âge d'entrée et les régions.

5.1.2 Assurance suspendue
Une prime réduite est perçue en cas de suspension d'assurance selon chiffre 2.6 des présentes CGA.

5.2 Paiement des primes

5.2.1 Echéance et période de paiement
Les primes sont payables d'avance. La période de paiement la plus courte est le mois civil. Les primes sont dues sans interruption, donc également en cas de maladie, d'accident, d'incapacité de travail ou en cas de suspension du droit aux prestations. Lorsque l'assurance débute ou prend fin au cours d'un mois civil, la prime est due pour le mois entier.

5.2.2 Frais de paiement

La personne assurée dispose de différentes options pour payer ses primes et ses participations aux coûts sans frais. Les frais, tels que ceux prélevés par la Poste pour les paiements effectués au guichet, peuvent être facturés par l'assureur à la personne assurée.

5.2.3 Retard de paiement

Si la personne assurée ne paie pas des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit. L'assureur lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement.

Si, malgré la sommation, la personne assurée ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, la couverture pour de nouveaux cas et son droit aux prestations pour des cas en cours s'éteint. La couverture pour de nouveaux cas et le droit aux prestations pour des cas en cours sont réactivés après le paiement ultérieur, mais pas rétroactivement. En outre, l'assureur a le droit de se départir du contrat immédiatement après l'expiration du délai imparti dans la sommation.

Les frais de sommation et de dossier occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge de la personne assurée.

6. Assurance collective

L'assureur peut conclure des contrats d'assurance collective selon l'art. 67, al. 3, LAMal pour certains groupes de personnes.

Les conditions d'assurance peuvent déroger aux présentes CGA. Les conditions du contrat d'assurance collective priment les présentes CGA.

7. Voies de droit

7.1 Décision

Lorsqu'un assuré ou un proposant n'accepte pas une décision, l'assureur rend une décision écrite, dans les trente jours à compter de la demande, avec indication des motifs et des voies de recours.

7.2 Opposition

Cette décision peut être attaquée auprès de l'assureur dans les trente jours de sa notification. L'assureur examine l'opposition et rend une décision écrite sur opposition avec indication des motifs et des voies de recours.

7.3 Tribunal cantonal des assurances

Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées, dans les trente jours à partir de la notification, par voie de recours auprès du tribunal cantonal des assurances.

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 au moment du dépôt du recours. Le recours auprès du tribunal des assurances peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition dans le délai imparti.

Si la personne assurée ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton du dernier domicile en Suisse ou celui du siège du dernier employeur suisse. Si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances au siège de l'assureur est compétent.

7.4 Exécution

Les décisions et les décisions sur opposition de l'assureur passent en force de chose jugée si elles ne sont pas attaquées par voie d'opposition ou de recours dans le délai imparti ou si le recours n'a pas abouti. Les décisions exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent sont assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'art. 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP).

7.5 Cession et mise en gage

Les créances envers l'assureur ne peuvent pas être mises en gage et ne peuvent être cédées que dans les cas prévus par la LAMal.

8. Dispositions finales

8.1 Modifications

Les modifications des présentes CGA sont notifiées à la personne assurée par communication écrite, dans le journal des assurés ou par publication officielle.

8.2 Entrée en vigueur

Les présentes CGA entrent vigueur le 01.01.2023 et remplacent toutes les éditions précédentes.

ÖKK

0800 838 000
info@oekk.ch
www.oekk.ch
www.facebook.com/oekk.ch

ÖKK321f/09.22