

Règlement relatif aux indemnités journalières selon la LAMal

Table des matières

Art. 1	But / base juridique	1
Art. 2	Adhésion / affiliation	1
Art. 3	Libre circulation UE/AELE	1
Art. 4	Début / Fin / Suspension / Adaptation	1
Art. 5	Réserves et risque élevé	2
Art. 6	Changement d'assureur	2
Art. 7	Assurance collective	2
Art. 8	Offre d'assurance	3
Art. 9	Droit aux prestations	3
Art. 10	Exclusions	3
Art. 11	Personnes assurées au chômage	4
Art. 12	Maternité	4
Art. 13	Âge AVS	4
Art. 14	Étranger	4
Art. 15	Accident	4
Art. 16	Groupes d'âge et primes	4
Art. 17	Déclaration / certificat / procédure en cas de maladie et d'accident	5
Art. 18	Surindemnisation	5
Art. 19	Dispositions générales et juridiction	5

Art. 1 But / base juridique

¹ Sur la base de ses conditions générales d'assurance (CGA), Sumiswelder pratique une assurance d'indemnités journalières. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi fédérale sur la partie générale de la loi sur les assurances sociales (LPGA) priment les présentes conditions générales d'assurance (CGA).

² L'assurance d'indemnités journalières alloue des prestations en cas de perte de gain due à une incapacité de travail pour cause de maladie, d'accident ou de maternité.

Art. 2 Adhésion / affiliation

¹ Peuvent conclure une assurance d'indemnités journalières les personnes domiciliées ou exerçant une activité lucrative dans le rayon d'activité de Sumiswelder, pour autant qu'elles aient au moins 15 ans révolus et qu'elles n'aient pas encore 65 ans révolus. La demande est faite par écrit au moyen d'un formulaire pré-imprimé. La personne qui soumet la proposition doit répondre de manière complète et véridique à toutes les questions du formulaire.

² La personne qui soumet la proposition autorise l'assureur à se procurer les renseignements nécessaires à l'admission et à la clarification d'une obligation ultérieure en matière de prestations. En outre, l'assureur peut exiger un certificat médical ou une vérification par un médecin-conseil. En outre, l'assureur peut désigner le médecin. Les frais éventuels sont à la charge de l'assureur.

³ Les personnes à assurer peuvent choisir à cet effet un autre assureur que celui de l'assurance obligatoire des soins.

⁴ L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue en tant qu'assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par:

- les employeurs pour eux-mêmes et pour leurs travailleuses et travailleurs;
- les organisations patronales et les associations professionnelles pour leurs membres et les travailleuses et travailleurs de leurs membres;
- les organisations de travailleurs pour leurs membres.

⁵ Un transfert de domicile ou un changement d'adresse doivent être annoncés à l'assureur dans un délai de 30 jours. Est considéré comme changement de domicile le transfert du domicile civil.

Art. 3 Libre circulation UE/AELE

En Suisse, depuis l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes avec l'Union européenne (UE) et l'Association européenne de libre-échange (AELE), des dispositions divergentes concernant le cercle des personnes assurées, leurs droits et obligations, le rapport d'assurance ainsi que les prestations doivent être observés.

Art. 4 Début / Fin / Suspension / Adaptation

¹ L'assureur propose l'assurance avec des débuts de prestations différents. Le début de l'assurance est le jour d'acceptation confirmé par l'assureur. Après acceptation, la personne assurée reçoit la police d'assurance ainsi que le présent règlement relatif aux indemnités journalières. La police d'assurance indique la variante d'assurance choisie par la personne assurée, la prime ainsi que d'autres données importantes. Si la couverture d'assurance est maintenue après l'atteinte de l'âge d'entrée maximal en accord avec l'assureur, celui-ci verse l'indemnité journalière assurée pour une durée maximale de 180 jours, délai d'attente compris.

² L'assurance d'indemnités journalières s'éteint:

- par résiliation
- suite à un déménagement à l'étranger
- en cas d'épuisement définitif du droit aux prestations
- à l'âge de 65 ans révolus (sous réserve de l'art. 13)
- en cas de décès

Les motifs d'exclusion légaux en cas de violation des obligations de la personne assurée demeurent réservés.

La personne assurée peut résilier le contrat pour la fin d'un mois moyennant un délai de résiliation de trois mois.

En cas d'adaptation des primes, la personne assurée peut résilier le contrat moyennant un délai de résiliation d'un mois pour la fin du mois qui précède la validité de la nouvelle prime.

Hormis les prestations d'assurance encore impayées, il n'existe aucun droit juridique envers l'assureur après la fin de l'assurance. La personne assurée est tenue de respecter ses engagements financiers envers l'assureur.

³ Si le comportement d'une personne assurée s'avère abusif ou autrement inexcusable et que le maintien de l'assurance d'indemnités journalières de la caisse ne peut plus être raisonnablement exigé, la personne assurée peut être exclue

après avoir été menacée de sanctions dans les cas suivants, si elle:

- a. n'a pas rempli la proposition d'assurance de manière conforme à la vérité;
- b. s'oppose de manière répétée aux instructions du médecin ou les enfreint de manière grave;
- c. est en retard dans le paiement des primes et ne donne pas suite à une sommation ordonnant l'exclusion dans un délai d'un mois;
- d. pour d'autres motifs importants.

4 En accord avec l'assureur, l'assurance peut être suspendue dans les cas suivants:

- a. si la personne assurée séjourne plus de trois mois à l'étranger;
- b. si la personne assurée effectue une formation militaire ou un service civil pendant plus d'un mois, les prestations couvertes par l'assurance militaire peuvent être suspendues;
- c. en cas de séjour de la personne assurée de plus de trois mois dans un établissement pénitentiaire, de détention préventive ou d'éducation.

L'assurance peut être suspendue pour une durée maximale de deux ans. Si l'assurance est réactivée, la personne assurée a droit à l'étendue d'assurance initiale. En outre, la personne assurée retrouve immédiatement son droit après la levée de la suspension, sans devoir s'accommoder de nouvelles réserves d'assurance ni quitter son groupe d'âge.

5 La personne assurée peut demander à tout moment une augmentation ou une réduction de l'indemnité journalière, une réduction ou une prolongation du délai d'attente, ainsi que l'inclusion ou l'exclusion de la couverture accidents. En cas d'augmentation de la couverture d'assurance, les conditions de la proposition s'appliquent par analogie. En cas de réduction de la couverture d'assurance, les conditions de la résiliation s'appliquent. En cas d'inclusion ultérieure de la couverture accidents, l'assureur attribue à la personne assurée le groupe d'âge d'entrée de l'assurance existante. L'assureur a toutefois le droit d'exclure de la couverture d'assurance les conséquences d'un accident au moyen de réserves.

6 Si l'indemnité journalière assurée est réduite en même temps que le délai d'attente existant est raccourci ou inversement, l'assureur accorde cette adaptation sans modification du groupe d'âge d'entrée, pour autant que la prime reste inchangée. Une augmentation de la couverture d'assurance peut être refusée dans les cas suivants:

- a. lorsque l'âge AVS est dépassé;
- b. en cas de maladie ou de séquelles d'accident, y compris celles qui ont existé et qui représentent un risque élevé;
- c. si des primes sont encore impayées.

L'assureur peut fixer d'autres conditions ou des conditions dérogatoires en faveur de la personne assurée pour toute adaptation de l'assurance.

Art. 5 Réserves et risque élevé

1 Sumiswelder peut exclure de l'assurance, avec des réserves, les maladies et séquelles d'accident qui existaient au moment de la demande ou qui existaient antérieurement et pour lesquelles l'expérience montre que des rechutes sont possibles. Une réserve formulée en relation avec une exten-

sion de couverture n'est pertinente que pour les prestations assurées en complément.

2 Une réserve est communiquée par écrit à la personne assurée. Elle n'est valable que si elle est communiquée par écrit à la personne assurée et que la maladie faisant l'objet de la réserve, ainsi que le début et la fin du délai de réserve, sont clairement indiqués dans la communication. La réserve est valable cinq ans à compter du début de l'assurance et devient caduque à l'expiration du délai sans autre notification.

3 Avant l'expiration de ce délai, la personne assurée peut apporter la preuve qu'une réserve existante n'est plus justifiée. L'assureur décide ensuite si la réserve doit être levée de manière anticipée. Les frais éventuels sont à la charge de la personne assurée.

4 Si les informations fournies par la personne assurée sont inexacts ou incomplètes lorsqu'elle soumet la proposition, l'assurance peut formuler une réserve rétroactive.

Art. 6 Changement d'assureur

1 La caisse-maladie ne doit pas émettre de nouvelles réserves lorsque la personne assurée est transférée chez elle au motif que:

- a. le début ou la cessation des rapports de travail l'exige;
- b. elle quitte le rayon d'activité de son assureur actuel;
- c. son assureur actuel ne propose plus l'assurance-maladie sociale.

2 Sumiswelder peut maintenir les réserves de l'assureur actuel jusqu'à l'expiration du délai initial.

3 L'assureur actuel veille à ce que la personne assurée soit informée par écrit de son droit au libre passage. S'il omet de le faire, la couverture d'assurance est maintenue chez lui. La personne assurée doit faire valoir son droit au libre passage dans les trois mois suivant la réception de la communication.

4 À la demande de la personne assurée, la caisse-maladie doit continuer à assurer l'indemnité journalière dans la même étendue que jusqu'à présent. Elle peut alors imputer les indemnités journalières perçues auprès de l'assureur actuel sur la durée de la rectification de perception selon l'art. 72 LAMal.

Art. 7 Assurance collective

1 Selon l'art. 67, al. 3, LAMal, des contrats collectifs peuvent être conclus par l'assureur pour certains groupes de personnes. Les conditions d'assurance peuvent différer du présent règlement relatif aux indemnités journalières. Les conditions du contrat d'assurance collective priment le présent règlement relatif aux indemnités journalières.

2 Si une personne assurée quitte l'assurance collective parce qu'elle ne fait plus partie du cercle des assurés défini dans le contrat ou parce que le contrat est résilié, elle a le droit de passer à l'assurance individuelle de la caisse. Si la personne assurée n'assure pas de prestations plus élevées dans l'assurance individuelle, aucune nouvelle réserve d'assurance ne peut être formulée. L'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif doit être maintenu.

3 La caisse informe par écrit les personnes assurées de leur droit de passer à l'assurance individuelle. Si elle omet de le faire, la personne assurée reste dans l'assurance collective.

Elle doit faire valoir son droit de passage dans un délai de trois mois à compter de la réception de la communication.

Art. 8 Offre d'assurance

¹ La personne assurée et l'assureur conviennent du montant de l'indemnité journalière. Est assurable la valeur de la prestation de travail rendue impossible par la personne assurée qui fait l'objet d'un cas d'assurance ou la perte présumée. L'assureur peut limiter l'indemnité journalière maximale assurable.

² L'indemnité journalière assurée est égale à la perte de gain moyenne déterminante d'une année divisée par 365. Les éventuelles assurances d'indemnités journalières existantes auprès d'autres assureurs doivent être déclarées. Si ces assurances d'indemnités journalières sont conclues après la conclusion de l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, elles doivent également être annoncées.

³ Les personnes assurées dont le revenu provient d'une activité lucrative dépendante peuvent s'assurer jusqu'à concurrence du salaire brut soumis à l'AVS. L'alinéa 1 du présent article demeure réservé.

⁴ Les personnes assurées qui perçoivent un revenu d'une activité lucrative indépendante peuvent s'assurer jusqu'à concurrence de leur revenu soumis à l'AVS après la dernière décision de cotisations de l'AVS rendue.

⁵ Les personnes sans activité lucrative peuvent souscrire une indemnité journalière jusqu'à concurrence de CHF 50.–.

Art. 9 Droit aux prestations

¹ Le droit aux prestations assurées selon l'étendue de l'assurance conclue et le présent règlement relatif aux indemnités journalières existe pendant la durée de l'assurance. Le total des prestations d'indemnités journalières versées ne doit pas dépasser la valeur de la prestation de travail rendue impossible, à laquelle s'ajoutent les frais supplémentaires définis par la loi ou la perte de gain présumée.

² Les frais supplémentaires agricoles (aide à l'exploitation) doivent être justifiés au moyen d'une facture d'aide à l'exploitation de l'organisation ou d'un décompte de salaire ordinaire conformément aux dispositions légales.

³ Après la naissance du droit aux prestations, l'assureur verse les prestations d'indemnités journalières pour tous les jours où il y a une incapacité de travail attestée par un médecin après le début des prestations choisis. L'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs maladies et accidents ensemble, au maximum pendant 730 jours sur une période de 900 jours. Les indemnités journalières qui ont déjà été perçues auprès d'assureurs précédents sont imputées sur l'ensemble des droits.

⁴ Le droit aux prestations n'existe qu'à l'expiration du délai d'attente convenu. Celle-ci est calculée à partir du jour du début de l'incapacité de travail attestée par un médecin. S'il y a une incapacité de travail d'au moins 40% pour une journée, la journée est considérée comme un jour d'attente. Par conséquent, en cas de délai d'attente d'un jour, la prestation est versée dès le premier jour de travail suivant la survenance de l'incapacité de travail attestée par un médecin. Si un délai d'attente plus long a été convenu, les prestations sont fournies dès le premier jour suivant l'expiration du délai d'attente convenu. Pour les assurances avec début des

prestations différé, des délais d'attente de 720 jours au maximum peuvent être convenus.

⁵ Le délai d'attente convenu est valable une fois par année civile. Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une année civile, le délai d'attente ne s'applique à nouveau que si la personne assurée a été apte au travail dans l'intervalle. Le délai d'attente est imputé à la durée maximale des prestations si l'employeur est tenu de continuer à verser le salaire pendant le délai d'attente. Pour les assurances d'indemnités journalières dont le début des prestations est différé de plus d'un jour à compter de la survenance de l'incapacité de travail, le délai différé est imputé sur la durée maximale des prestations de 730 jours sur une période de 900 jours, pour autant que l'employeur soit tenu de continuer à verser le salaire pendant le délai d'attente.

⁶ En cas d'incapacité de travail partielle, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée. La couverture d'assurance pour la capacité de travail restante est maintenue conformément aux dispositions de la LAMal. La personne assurée a droit aux prestations si l'incapacité de travail est d'au moins 40% ou plus.

⁷ En cas de réduction de l'indemnité journalière pour cause de surindemnisation, la personne assurée en incapacité de travail a droit à la contre-valeur de 730 indemnités journalières entières. Les délais de perception de l'indemnité journalière sont prolongés en fonction de la réduction.

⁸ Une réduction de l'indemnité journalière pour faute grave n'entraîne pas de prolongation de la durée des prestations.

⁹ La personne assurée ne doit pas empêcher l'épuisement du droit en renonçant partiellement aux prestations d'indemnités journalières.

¹⁰ Demeurent réservées les prescriptions légales impératives en cas de chômage, conformément à l'art. 10 du présent règlement.

¹¹ L'assurance d'indemnités journalières s'éteint à l'épuisement du droit aux indemnités.

Art. 10 Exclusions

¹ Il n'existe aucun droit aux prestations:

- a. pour les maladies et les accidents qui concernent une réserve valable;
- b. pour les maladies et les séquelles d'accident que la personne assurée n'a pas déclarées de manière fautive ou qui n'ont pas été déclarées de manière incomplète lors de la soumission de la proposition. La limitation se réfère à la période pendant laquelle l'assureur aurait exclu les maladies et les séquelles d'accident s'il en avait eu connaissance;
- c. pendant le délai de carence;
- d. pour les séquelles d'accidents qui doivent être couvertes par un autre assureur;
- e. lorsqu'un traitement ne sert pas à remédier à une atteinte à la santé ou à ses conséquences. Sont réservées les mesures qui empêchent la survenance ou l'aggravation d'un trouble de santé lorsqu'il existe déjà un état pathologique;
- f. lorsque l'assurance est suspendue;
- g. si la personne assurée participe à des actes de guerre ou autres actes similaires.

² Les prestations suivantes peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans des cas graves, refusées:

- a. en cas de violation des obligations légales de collaborer, telles que les obligations d'annoncer (p. ex. auprès d'autres assureurs sociaux);
- b. si la personne assurée refuse de se soumettre à un examen de contrôle par le médecin-conseil demandé par l'assureur;
- c. lorsque la personne assurée se soustrait ou s'oppose à un traitement ou à une réadaptation professionnelle qui peut raisonnablement être exigé(e) d'elle ou ne s'investit pas de sa propre initiative à la hauteur de ce qui est raisonnablement attendu;
- d. en cas de maladie ou d'accident provoqué intentionnellement ou en cas de maladie ou d'accident en relation avec des actes délictueux, des bagarres ou d'autres actes de violence;
- e. aux personnes assurées en exécution d'une peine ou d'une mesure.

3 Les prestations perçues par erreur ou à tort peuvent être réclamées par l'assureur.

Art. 11 Personnes assurées au chômage

1 Les personnes assurées au chômage perçoivent l'intégralité de l'indemnité de maladie en cas d'incapacité de travail de plus de 50%, et la moitié de l'indemnité de maladie en cas d'incapacité de travail se situant entre 25% et 50%.

2 En outre, les personnes assurées au chômage peuvent, moyennant une adaptation appropriée des primes, convertir leur assurance d'indemnités journalières maladie actuelle en une assurance avec début de prestations à partir du 31^{ème} jour. Ceci en maintenant le montant actuel de l'indemnité journalière et en tenant compte de l'âge d'entrée actuel, mais sans tenir compte de l'état de santé au moment de la conversion.

Art. 12 Maternité

1 En cas de grossesse et d'accouchement, les indemnités journalières assurées sont accordées si, jusqu'au jour de l'accouchement, l'assurée avait été couverte pendant au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois pour l'indemnité journalière assurée au moment des prestations de maternité.

2 L'assurée a droit à une indemnité journalière de maternité de 16 semaines, dont au moins huit semaines après l'accouchement. Les prestations de maternité ne sont pas imputées sur la durée maximale de perception.

Art. 13 Âge AVS

1 L'assurance d'indemnités journalières s'éteint le 1^{er} du mois au cours duquel une personne assurée atteint l'âge de 65 ans révolus.

2 Les personnes qui ont conclu une assurance d'indemnités journalières et qui exercent une activité lucrative au-delà de l'âge de 65 ans peuvent, sur demande écrite, conserver une assurance d'indemnités journalières à hauteur de 50% au maximum, moyennant une adaptation correspondante des primes, pour autant qu'un revenu lucratif correspondant soit réalisé. Une demande en ce sens doit être soumise par écrit à la caisse le mois précédant l'âge de 65 ans. La demande doit contenir des informations sur la poursuite de l'activité lucrative et l'état de santé. Un éventuel maintien de l'assurance présuppose dans tous les cas une pleine capacité de travail.

3 Pour les assurés d'un contrat collectif, l'indemnité journalière reste inchangée et continue d'être accordée conformément au contrat d'assurance.

4 Si le maintien d'une assurance d'indemnités journalières augmentée est autorisé à une personne assurée, cette couverture d'assurance dure au plus tard jusqu'à l'âge de 69 ans révolus. L'indemnité journalière augmentée est versée au total pour 180 jours au plus, les éventuels délais différés étant déduits de ces 180 jours.

Art. 14 Étranger

1 En cas de voyages de vacances à l'étranger pour des raisons privées, les prestations assurées ne sont versées qu'en cas d'hospitalisation.

2 Si une personne assurée en incapacité de travail qui a droit à des prestations se rend à l'étranger sans le consentement de l'assureur, le droit aux prestations s'éteint pour la durée du séjour à l'étranger.

Art. 15 Accident

1 Pour autant qu'ils soient coassurés contre une prime supplémentaire, les accidents sont assimilés à la maladie en ce qui concerne les prestations assurées, pour autant que le présent règlement ne contienne pas de dispositions contraires.

La définition de l'accident se fonde sur les dispositions en vigueur de la LPGA.

2 Si une personne assurée ou une personne qui souhaite s'assurer veut exclure le risque d'accident, elle doit le mentionner expressément dans le formulaire de proposition et le confirmer par sa signature ou, pour les assurances existantes, en faire la demande par écrit. Par la suite, la personne assurée devra payer la prime réduite en fonction de l'exclusion du risque d'accident. Les modifications rétroactives ne sont pas possibles.

3 Dans tous les cas, le formulaire de déclaration d'accident mis à disposition par ses soins doit être remis à l'assureur dans un délai de cinq jours.

Art. 16 Groupes d'âge et primes

1 Les primes de l'assurance d'indemnités journalières sont fixées par le comité directeur de Sumiswelder en fonction de l'âge d'entrée et de la région. Si l'assurance est suspendue conformément à l'art. 4, al. 4, du présent règlement, une prime réduite est prélevée.

2 En cas d'augmentation de la couverture d'assurance, la personne assurée est affectée au groupe d'âge correspondant à son âge au moment de l'augmentation de la couverture d'assurance.

3 La prime doit être payée à l'avance. La prime doit également être payée sans interruption en cas de maladie, d'accident, d'incapacité de travail ou lorsque le droit aux prestations est suspendu.

4 Si les primes et participations aux coûts échues ne sont pas payées par la personne assurée, l'assureur lui envoie une sommation après au moins un rappel écrit. Dans cette sommation, un délai supplémentaire de 30 jours est accordé à la personne assurée. En outre, l'attention de la personne assurée est attirée sur les conséquences d'un retard de paiement. Si les primes échues, les participations aux

coûts et les intérêts moratoires ne sont pas réglés dans le délai imparti malgré la sommation, la couverture des nouveaux cas et le droit aux prestations pour les cas en cours s'éteignent. Si les créances sont payées a posteriori, la couverture des nouveaux cas et le droit aux prestations pour les cas en cours reprennent effet, mais pas rétroactivement. En outre, l'assureur a le droit de résilier le contrat à l'expiration du délai fixé dans la sommation, pour autant que les primes impayées, les participations aux coûts et les intérêts moratoires n'aient pas été payés dans le délai imparti. Tous les frais administratifs et de rappel sont dans tous les cas à la charge de la personne assurée.

5 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.

Art. 17 Déclaration / certificat / procédure en cas de maladie et d'accident

1 La personne assurée doit déclarer à l'assureur dans un délai de cinq jours toute incapacité de travail qui pourrait lui donner droit à des indemnités journalières. Elle doit également indiquer s'il s'agit d'une maladie ou d'un accident. Le certificat établi par le médecin doit être remis à l'assureur au plus tard dix jours après le début de l'incapacité de travail. Il est interdit d'antidater des certificats médicaux et des déclarations de maladie ou d'accident en vue d'obtenir des prestations d'indemnités journalières. Ces documents doivent être remis dans les délais même si la durée de l'incapacité de travail se situe entièrement dans le délai d'attente convenu.

2 Si la personne assurée remet l'attestation d'incapacité de travail tardivement par sa propre faute, son droit à l'indemnité journalière assurée prendra effet au plus tôt à partir de la réception du certificat médical. Le délai d'attente court dès réception de l'annonce à l'assureur. Demeurent réservées les déclarations tardives sans faute de la part de la personne assurée. Les antedatages en vue d'obtenir des prestations d'indemnités journalières sont interdits.

3 Au terme de l'incapacité de travail (y compris partielle), une attestation médicale écrite indiquant le degré et la durée de l'incapacité de travail doit être remise sans délai à l'assureur. En outre, la personne assurée doit apporter la preuve d'une perte de gain non couverte, y compris les éventuels frais d'acquisition du revenu.

4 La personne assurée doit mettre en œuvre tout ce qui favorise la guérison et renoncer à tout ce qui pourrait la retarder. Elle doit en particulier respecter les instructions du personnel médical. L'assureur est autorisé à vérifier le respect des prescriptions médicales et à prendre des mesures de contrôle appropriées.

5 La personne assurée doit fournir gratuitement à l'assureur tous les renseignements nécessaires à l'examen du droit et à la fixation des prestations d'assurance. Elle doit notamment informer l'assureur de toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité et mettre à la disposition de l'assureur toutes les informations nécessaires sur le déroulement de l'accident ainsi que sur les tiers impliqués dans l'accident.

6 Si des prestations sont perçues, la personne assurée doit autoriser toutes les personnes et instances telles que médecins, employeurs, assureurs et services officiels à fournir tous les renseignements nécessaires à la clarification du droit aux prestations, dans la mesure où ces personnes et instances

ne sont pas déjà légalement tenues de fournir des renseignements.

7 Si cela est exigé, la personne assurée doit se faire examiner par un autre médecin ou un médecin-conseil de l'assureur. Les coûts de cet examen sont à la charge de l'assureur.

8 Dans tous les cas, l'assureur est en droit de vérifier une incapacité de travail ainsi qu'une perte de gain non couverte, y compris les éventuels frais d'acquisition du revenu, et de prendre le cas échéant des mesures de contrôle appropriées.

9 L'indemnité journalière est versée en cas de 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 généralement versée mensuellement.

10 Si, en cas de prestation, la personne assurée refuse de manière inexcusable de se conformer à ses obligations de renseigner et de collaborer, l'assureur peut décider du droit aux prestations sur la base du dossier ou ne pas entrer en matière concernant la demande de prestations.

Art. 18 Surindemnisation

Le cumul de prestations de différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation. Les surindemnisations sont régies par l'art. 69 LPGa.

Art. 19 Dispositions générales et juridiction

1 Si une personne qui soumet une proposition ou une personne assurée n'est pas d'accord avec une décision, l'assureur rend, sur demande, dans un délai de 30 jours, une décision écrite motivée avec indication des voies de recours. La personne assurée peut faire opposition contre cette décision auprès de l'assureur dans un délai de 30 jours. L'assureur examine cette opposition et rend une décision sur opposition écrite motivée avec indication des voies de recours.

2 Les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal cantonal des assurances dans un délai de 30 jours à compter de leur notification. Sont habilitées à recourir toutes les personnes concernées par la décision ou la décision sur opposition et qui ont un intérêt digne de protection à ce que la décision soit annulée ou modifiée. Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de la personne assurée ou du tiers introduisant le recours. En outre, la personne assurée peut s'adresser au tribunal des assurances si l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition dans le délai imparti. Si le domicile de la personne assurée ou du tiers introduisant le recours se trouve à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton du dernier domicile en Suisse ou du canton du siège principal du dernier employeur suisse. Si aucun de ces lieux ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton dans lequel l'assureur a son siège.

3 Si une décision ou une décision sur opposition de l'assureur n'intervient pas dans le délai d'opposition ou de recours imparti ou si le recours est rejeté définitivement, la décision ou la décision sur opposition entre en force. Les décisions entrées en force visant des paiements en espèces sont assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'art. 80 LP.

4 Les dispositions légales ainsi que les statuts et/ou les conditions générales d'assurance de Sumiswalder s'appliquent par analogie à toutes les questions qui ne sont pas spécifiquement réglées dans le présent règlement.

5 Les modifications du présent règlement relatif aux indemnités journalières sont communiquées à la personne assurée par écrit, dans la revue des assurés ou par publication officielle.

6 Le présent règlement est publié sur le site Internet de la caisse-maladie Sumiswalder.

7 Le présent règlement a été approuvé par le comité directeur le 16.06.2025 et entre en vigueur le 01.01.2026. Toutes les dispositions antérieures relatives à l'assurance d'indemnités journalières sont par conséquent devenues caduques. Font exception les indemnités journalières en cours au moment de l'entrée en vigueur du présent règlement, qui sont encore accordées pendant deux ans selon les dispositions de l'ancien droit sur la durée des prestations.