

Edition janvier 1998

**Conditions Générales d'Assurance (CGA)  
pour l'assurance obligatoire des soins  
et l'assurance facultative d'indemnités journalières**

selon la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994

---

**A Dispositions communes**

**Pratique et notions**

- 1 Pratique
- 2 Bases juridiques
- 3 Définitions

**Ampleur et durée de l'assurance**

- 4 Personnes assurées et type d'assurance
- 5 Début et fin des assurances
- 6 Assurance durant un séjour à l'étranger

**Procédure**

- 7 Compensation
- 8 Cession de prestations
- 9 Communications au Progrès
- 10 Réduction et exclusion de prestations
- 11 Relations avec les thérapeutes
- 12 Coordination avec d'autres assurances sociales
- 13 Recours contre un tiers responsable

**Principe régissant les primes**

- 14 Perception des primes

**Voie de droit**

- 15 Décision
- 16 Opposition

**B Assurance obligatoire des soins**

**Ampleur, début et fin de l'assurance**

- 17 But
- 18 Début de l'assurance et durée
- 19 Affiliation tardive
- 20 Résiliation de l'assurance
- 21 Suspension de la couverture accidents
- 22 Comportement en cas de maladie et d'accident

**Dispositions relatives aux prestations**

- 23 Prestations
- 24 Accidents
- 25 Maternité
- 26 Traitements dentaires
- 27 Autres prestations
- 28 Fournisseurs de soins

**Fixation des primes**

- 29 Echelonnement des primes

**Participation aux coûts**

- 30 Principe
- 31 Montant

**C Assurance indemnité journalière facultative**

**Pratique et notions**

- 32 But
- 33 Indemnité journalière maladie et accident
- 34 Délais d'attente
- 35 Assurance indexée
- 36 Assurance maximale autorisée

**Rapport d'assurance**

- 37 Conclusion et augmentation de l'assurance
- 38 Demande d'adhésion
- 39 Admission sous réserve
- 40 Réserve rétroactive
- 41 Convertissement de l'assurance
- 42 Réduction, résiliation et extinction de l'assurance

**Primes**

- 43 Fixation et obligation de payer des primes
- 44 Echelonnement selon l'âge d'entrée
- 45 Echelonnement selon les régions

**Prestations**

- 46 Conditions de prestations
- 47 Délais d'attente et début des prestations
- 48 Durée des prestations
- 49 Incapacité de travail partielle
- 50 Surindemnisation
- 51 Maternité
- 52 Droit aux prestations à l'étranger

**D Dispositions finales**

- 53 Application des prescriptions légales
- 54 Entrée en vigueur

## A Dispositions communes

### Pratique et notions

#### 1 Pratique

- 1.1 La Fondation Progrès (ci-après «Progrès») pratique l'assurance obligatoire des soins ainsi que l'assurance facultative d'indemnités journalières.
- 1.2 Progrès octroie des prestations en cas de maladie, d'accident non couvert par une autre assurance accidents et de maternité.

#### 2 Bases juridiques

La pratique des dites assurances est régie par les dispositions de la Loi Fédérale sur l'Assurance Maladie du 18 mars 1994 (LAMal), par ses dispositions d'application, entre autres l'Ordonnance sur l'Assurance-maladie (OAMal) ainsi que les présentes Conditions Générales d'Assurance (CGA).

#### 3 Définitions

- 3.1 Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
- 3.2 Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale. Les maladies professionnelles et les lésions assimilées aux accidents au sens de l'ordonnance sur l'assurance-accidents sont traitées comme des accidents.
- 3.3 La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.

### Ampleur et durée de l'assurance

#### 4 Personnes assurées et type d'assurance

- 4.1 Sont assurées, les personnes mentionnées sur la police d'assurance.
- 4.2 La police mentionne également les types d'assurance que la personne assurée a conclus auprès du Progrès.

#### 5 Début et fin des assurances

- 5.1 Les assurances débutent à la date mentionnée sur la police d'assurance.
- 5.2 Les assurances prennent fin par résiliation ou dans les circonstances prévues par le droit fédéral (art. 7 LAMal, 9 OAMal)

#### 6 Assurance durant un séjour à l'étranger

- 6.1 Si une personne assurée quitte le rayon d'activité de la caisse durant plus de trois mois, l'assurance s'éteint, sauf si l'assuré demande qu'elle soit maintenue, tout en mentionnant une adresse de contact en Suisse. La caisse décide alors du maintien de l'assurance, en conformité avec les prescriptions du droit fédéral.
- 6.2 Progrès peut également assurer des personnes qui séjournent durablement à l'étranger. Les prescriptions fédérales sont déterminantes.

### Procédure

#### 7 Compensation

- 7.1 Progrès peut compenser des prestations échues avec des créances contre les assurés.
- 7.2 Les assurés n'ont par contre aucun droit de compensation à l'encontre du Progrès.

#### 8 Cession de prestations

Les prestations ne peuvent être cédées à des tiers sans l'assentiment du Progrès.

#### 9 Communications au Progrès

Toutes les communications destinées au Progrès doivent être adressées à l'expéditeur mentionné dans la police ou au siège principal du Locle.

#### 10 Réduction et exclusion de prestations

- 10.1 Il n'est pas accordé de prestations
  - a) en cas de provocation intentionnelle de l'événement assuré,
  - b) en cas de provocation de l'événement assuré à l'occasion d'un crime ou d'un délit,
  - c) lorsqu'un événement assuré découle d'un acte téméraire,
  - d) en cas de service militaire à l'étranger,
  - e) en cas de participation à des actes guerriers, terroristes ou de crime en bande,
  - f) en cas de maladie ou d'accident causés par des événements guerriers à l'étranger sauf si l'assuré est tombé malade ou a été accidenté dans les 14 jours qui suivent la première manifestation de tels événements dans le pays dans lequel il séjourne et qu'il y a été surpris par l'apparition des événements guerriers,
  - g) en cas de suspension des prestations,
  - h) en cas de participation à une rixe (sauf en cas d'aide à une personne en danger),
  - i) en cas d'annonce de maladie ou d'accident intentionnellement fausse,
  - j) lorsque l'assuré se soustrait aux prescriptions du thérapeute.
- 10.2 En plus des circonstances mentionnées sous point 1, dans l'assurance indemnité journalière facultative, il n'est pas accordé de prestations non plus dans les cas suivants:
  - a) après l'épuisement de la durée du droit aux prestations
  - b) pour les maladies et dommages accidentels qui résultent de maladies ou accidents antérieurs qui n'ont pas été annoncés au moment de l'admission ou du transfert,

- c) pour les maladies et suites d'accidents déjà survenus antérieurement pour lesquels une réserve a été instituée au moment de l'admission ou du transfert,
- d) avant l'écoulement du délai de carence de 270 jours selon l'art. 53 des présentes CGA.

Les prestations sont seulement réduites lorsque l'événement assuré n'a pas été causé par intention mais par suite de négligence grave ainsi que lorsque le crime, le délit ou l'acte téméraire ne sont pas particulièrement graves.

## 11 Relations avec les thérapeutes

- 11.1 L'assuré doit suivre les prescriptions du thérapeute, faire tout ce qui favorise la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir.
- 11.2 Il doit remettre à la caisse tous les renseignements nécessaires au règlement du cas d'assurance et au besoin intervenir à cet effet auprès du prestataire de soins. A défaut, la caisse évalue les prestations équitablement en fonction des éléments en sa possession.

## 12 Coordination avec d'autres assurances sociales

Ce sont les prescriptions légales adéquates (art. 78 LAMal, art. 110–122 OAMal) qui régissent l'obligation aux prestations du Progrès en cas de concours entre plusieurs assureurs sociaux tenus à prestations.

## 13 Recours contre un tiers responsable

Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable. Le droit fédéral règle les détails de l'exercice de ce droit de recours.

### Principe régissant les primes

## 14 Perception des primes

- 14.1 Les primes doivent être payées d'avance et viennent à échéance le 1er de chaque mois. La Direction Générale fixe les prescriptions de détail applicables aux assurés qui s'engagent à payer régulièrement deux ou plusieurs cotisations mensuelles.
- 14.2 Les primes sont dues pour le mois entier également lorsque le rapport d'assurance débute ou se termine au cours d'un mois civil.
- 14.3 Lorsque deux primes mensuelles n'ont pas été réglées, la personne assurée est mise en garde des conséquences du retard par envoi recommandé. Un délai supplémentaire de deux semaines lui est octroyé pour payer les primes en retard. Si aucun paiement n'est intervenu à l'issue de ce délai, les primes sont encaissées par voie de poursuites.

- 14.4 Si l'assuré ne règle pas la dette dans son intégralité dans le délai supplémentaire fixé ci-dessus, la caisse prononce une décision de suspension des prestations. Dans les cas prévus par la législation fédérale, la suspension n'est prononcée qu'après poursuite infructueuse.

- 14.5 On procède de la même manière pour des participations aux coûts non réglées.

- 14.6 Les travaux supplémentaires, les frais administratifs ainsi que les intérêts de retard vont à la charge de la personne assurée.

### Voie de droit

## 15 Décision

- 15.1 Si une personne assurée n'est pas d'accord avec une prise de position du Progrès, elle peut exiger que Progrès rende une décision écrite dans les trente jours.
- 15.2 Progrès motive sa décision et mentionne les voies de recours. La personne concernée ne doit subir aucun préjudice de la notification éventuellement lacunaire d'une décision.

## 16 Opposition

- 16.1 Dans les 30 jours, les décisions peuvent être contestées par voie d'opposition adressée au Progrès.
- 16.2 Progrès motive ses décisions sur opposition et mentionne les voies de recours.
- 16.3 La procédure d'opposition est gratuite; il n'est octroyé aucune indemnité pour dépens.
- 16.4 Si le litige n'est pas réglé à l'issue de la procédure d'opposition, l'assuré peut saisir les instances judiciaires prévues aux art. 86 et ss LAMal.

## B Assurance obligatoire des soins

### Ampleur, début et fin de l'assurance

#### 17 But

L'assurance obligatoire des soins assure selon les prescriptions de la Confédération les suites économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité.

#### 18 Début de l'assurance et durée

18.1 Lorsque les délais légaux pour l'entrée dans l'assurance (art. 3 LAMal) sont respectés, la protection d'assurance débute, dans l'assurance obligatoire des soins auprès du Progrès, au moment de la naissance ou de la prise de domicile en Suisse.

18.2 En cas d'affiliation tardive, la protection d'assurance débute au moment de l'entrée.

18.3 L'assurance avec franchise à option débute toujours au 1er janvier d'une année civile et dure au moins une année entière.

#### 19 Affiliation tardive

19.1 Lorsque l'affiliation tardive n'est pas excusable, un supplément de primes est perçu pour un laps de temps équivalent au double de la durée du retard qui a précédé l'entrée dans l'assurance. Le supplément peut s'élever jusqu'à 50% de la prime.

19.2 Progrès réduit le supplément pour les assurés qui seraient mis dans la gêne du fait de son paiement. Lorsqu'il détermine cette réduction, Progrès tient compte équitablement de la situation des assurés et circonstances du retard.

#### 20 Résiliation de l'assurance

20.1 Pour autant qu'elle ne soit pas en retard dans l'acquittement de ses primes, la personne assurée peut quitter Progrès pour un autre assureur en le communiquant par écrit en respectant un délai de résiliation de trois mois pour la fin d'un semestre civil, respectivement pour la fin d'une année civile en cas d'assurance avec franchise à option.

20.2 En cas d'augmentation de primes, les assurés peuvent quitter Progrès pour un autre assureur en le communiquant par écrit en respectant un délai de résiliation d'un mois pour la fin du mois dès la communication de l'augmentation de primes. Progrès annonce les éventuelles augmentations de primes au moins deux mois au préalable et rappelle le droit de changer d'assureur.

20.3 Les prescriptions de la Confédération contiennent d'autres réglementations concernant la fin de l'assurance obligatoire des soins et le changement d'assureur.

#### 21 Suspension de la couverture accidents

21.1 La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Progrès procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et

apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence. La suspension de la couverture accidents débute au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dépôt de la demande.

21.2 Les accidents sont couverts en vertu de la présente loi dès que la couverture accidents au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.

21.3 Progrès prend en charge les coûts des suites des accidents qui étaient assurés par un assureur maladie social avant la suspension de l'assurance accidents.

21.4 Lors de son entrée dans l'assurance maladie sociale, Progrès informe par écrit la personne assurée de la possibilité de suspendre la couverture accidents.

21.5 Les obligations d'annonce relatives à la fin de la suspension sont régies par l'art. 10 LAMal.

#### 22 Comportement en cas de maladie et d'accident

22.1 Si une personne assurée tombe malade ou subit un accident et si elle a besoin de soins, elle doit l'annoncer à Progrès dans les six jours.

22.2 En cas de retard inexcusable dans l'annonce de la maladie ou de l'accident, l'assuré n'a droit aux prestations que dès réception de l'annonce.

#### Dispositions relatives aux prestations

#### 23 Prestations

23.1 Progrès prend en charge les coûts pour les prestations selon les dispositions correspondantes de la Confédération.

23.2 Celles-ci comprennent:

- a) les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:
  - des médecins,
  - des chiropraticiens,
  - des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical,
- b) les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil Fédéral, par un chiropraticien,
- c) une participation aux frais de cures balnéaires prescrites par un médecin,
- d) les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin,
- e) le séjour en division commune d'un hôpital,
- f) le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers,
- g) une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage.

23.3 Progrès ne prend en charge que les coûts des traitements dispensés en urgence à l'étranger. Les exceptions sont celles prévues par les prescriptions de la Confédération.

23.4 Il y a urgence lorsque des assurés ont besoin d'un traitement médical lors d'un séjour passager à l'étranger. Ce genre de prestations est accordé aussi longtemps qu'un rapatriement vers la Suisse n'est pas possible ou que l'on ne peut raisonnablement l'exiger.

23.5 Il n'y a pas de d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement.

## 24 Accidents

En cas d'accident au sens de l'article 3 al. 2 des présentes CGA, Progrès prend en charge les mêmes prestations qu'en cas de maladie.

## 25 Maternité

25.1 En plus des coûts pour les mêmes prestations qu'en cas de maladie, Progrès prend en charge ceux pour les prestations spécifiques de maternité.

25.2 Celles-ci comprennent

- a) les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse,
- b) l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme,
- c) les conseils nécessaires en cas d'allaitement.

## 26 Traitements dentaires

26.1 Progrès prend en charge les coûts des traitements dentaires

- a) s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
- b) s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
- c) s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

26.2 Progrès prend également en charge les coûts des traitements de lésions du système de la mastication causées par un accident au sens de l'art. 3 al. 2 des présentes CGA.

26.3 Sont considérées maladies graves, les maladies définies dans les ordonnances correspondantes de la Confédération.

## 27 Autres prestations

Les prescriptions correspondantes de la Confédération règlent les prestations pour prévention, infirmités congénitales et interruption non punissable de grossesse.

## 28 Fournisseurs de soins

28.1 Peuvent pratiquer à la charge du Progrès, les fournisseurs de soins qui satisfont aux prescriptions de la Confédération.

28.2 En principe, les assurés peuvent choisir librement parmi les fournisseurs de soins autorisés. Les détails sont réglés par l'art. 41 LAMal.

## Fixation des primes

### 29 Echelonnement des primes

29.1 Les primes sont échelonnées par canton et région. C'est le domicile de l'assuré qui est déterminant.

29.2 Progrès accorde des réductions de primes pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus. Il en va de même pour les adultes de 18 à 25 ans qui sont encore en formation.

## Participation aux coûts

### 30 Principe

Les assurés participent aux coûts des prestations qui sont accordées en leur faveur, sauf pour les prestations de maternité désignées à l'art. 26 des présentes CGA.

### 31 Montant

31.1 La participation aux coûts se compose

- a) d'un montant annuel fixe (franchise) choisi par l'assuré dans le cadre des différentes variantes prévues par les prescriptions de la Confédération,
- b) d'une quote-part de 10% des coûts dépassant la franchise,
- c) d'une contribution aux coûts d'un séjour hospitalier.

31.2 Les prescriptions correspondantes de la Confédération fixent les dispositions de détail ainsi que les exceptions.

31.3 La prime de l'assuré est réduite en conséquence lorsqu'il opte pour une franchise plus élevée que la franchise minimale.

## C Assurance indemnité journalière facultative

### Pratique et notions

#### 32 But

L'assurance indemnité journalière couvre la perte de gain qui résulte de l'incapacité de travail causée par la maladie, l'accident ou la maternité.

#### 33 Indemnité journalière maladie et accident

La couverture d'assurance peut être conclue au choix pour les risques maladie et/ou accident.

#### 34 Délais d'attente

Des délais d'attente de 0, 3, 7, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 240, 270 et 360 jours peuvent être choisis.

#### 35 Assurance indexée

35.1 L'assurance indemnité journalière peut être conclue avec ou sans l'indexation. Progrès se base pour cela sur les modifications de l'index OFIAMT sur l'«évolution du salaire nominal de l'ensemble des travailleurs». Seules les indemnités journalières de plus de CHF 50.– font l'objet d'une indexation.

35.2 Pour l'assurance indemnité journalière indexée, l'indemnité journalière est augmentée respectivement pour le 1.1. de l'année suivante dans le cadre de l'évolution de l'index le plus récent communiqué par l'OFIAMT, conformément à l'al 1. L'augmentation est arrondie au franc entier supérieur.

35.3 L'indexation a lieu jusqu'à l'âge de 45 ans révolus de la personne assurée ou tout au plus jusqu'au montant maximum conformément à l'art. 36 des présentes CGA. Lorsque l'une de ces limites a été atteinte, l'assurance indemnité journalière existante est maintenue sans indexation.

#### 36 Assurance maximale autorisée

36.1 Le Conseil de Fondation fixe l'assurance maximale autorisée pour les différentes catégories de personnes assurées.

36.2 Les assurances qui existent ailleurs qu'au Progrès sont imputées au montant maximal autorisé.

### Rapport d'assurance

#### 37 Conclusion et augmentation de l'assurance

37.1 Celui qui a son domicile ou travaille en Suisse, a atteint l'âge de 15 ans mais pas encore celui de 65 ans, peut conclure une assurance indemnité journalière auprès du Progrès pour autant que les conditions ci-après soient remplies:

- L'état de santé est bon et il n'existe ou n'a pas existé maladies ou de suites d'accident qui sont susceptibles de rechutes.
- Il n'y a pas de gain excédentaire. C'est le cas lorsque au cours des 5 dernières années, une personne assurée a retiré plus de prestations qu'elle n'a payé de primes pour toutes les assurances conclues par l'entremise du Progrès.

- Il n'y a pas de primes ou participations aux coûts en souffrance.
- Il n'y a pas de surassurance.
- L'assuré n'a pas épuisé les droits d'une assurance indemnité journalière du Progrès ou d'un autre assureur.

37.2 Pour une nouvelle conclusion, l'indemnité journalière minimale est de CHF 10.–.

37.3 Les prescriptions de l'art. 70 LAMal s'appliquent pour l'admission de personnes qui entrent au Progrès après avoir quitté un autre assureur.

#### 38 Demande d'adhésion

38.1 Pour entrer au Progrès ou augmenter l'assurance existante, il faut compléter le formulaire mis à disposition par la caisse complètement et conformément à la vérité.

38.2 Par sa demande d'adhésion, la personne à assurer autorise les prestataires de soins consultés à donner au Progrès, respectivement à ses médecins-conseil, les renseignements sur son état de santé ou l'évolution d'une maladie ou d'un accident qui sont nécessaires à l'examen de la demande d'adhésion.

38.3 Lorsque les renseignements nécessaires ne sont pas donnés, les personnes à assurer doivent réclamer ces renseignements directement et les transmettre au Progrès.

38.4 Progrès est autorisé à faire examiner les personnes à assurer par un médecin-conseil, à ses frais.

#### 39 Admission sous réserve

39.1 Les maladies et suites d'accident existant au moment de l'adhésion ou de l'augmentation d'assurance ou celles qui ont existé dans le passé et pour lesquelles l'expérience montre qu'il y a un risque de rechute peuvent être exclues de l'assurance au moyen d'une réserve. L'art. 70 al. 1 et 2 LAMal demeure réservé.

39.2 La réserve est notifiée à l'assuré par écrit. Elle déploie ses effets dès le début de l'assurance et durant cinq années. Elle devient ensuite caduque sans autre communication.

39.3 Une réserve peut être supprimée déjà avant que cinq années se soient écoulées si, sur la base d'un certificat fourni par la personne assurée, le médecin-conseil confirme que le mal a été guéri. Les frais de ce certificat sont supportés par la personne assurée.

#### 40 Réserve rétroactive

Lorsque la demande d'adhésion n'a pas été remplie complètement ou conformément à la vérité, Progrès peut décider rétroactivement d'une réserve.

#### 41 Convertissement de l'assurance

- 41.1 Pour autant que les conditions de l'art. 37 al. 1 des présentes CGA soient remplies, il est possible de convertir les sommes d'indemnité journalière et les délais d'attente de l'assurance indemnité journalière existante en maintenant l'ancien groupe d'âge, dans la mesure où la prime due ne s'en trouve pas augmentée.
- 41.2 En principe, les 38, 39 et 40 des présentes conditions s'appliquent par analogie en cas de convertissement.
- 41.3 Lorsque le délai d'attente correspond à l'ancien droit à la poursuite du versement du salaire fixé par le contrat de travail, les travailleurs peuvent
- en cas de modification du contrat de travail, réduire le délai d'attente à la durée diminuée de la poursuite du versement du salaire;
  - s'ils commencent une activité lucrative exercée à titre indépendant, réduire le délai d'attente à 30 jours;
  - s'ils sont chômeurs, transformer l'indemnité journalière actuelle quel que soit l'état de santé en une assurance d'un même montant avec un délai d'attente de 30 jours.

Les demandes à ce sujet doivent parvenir au Progrès dans les 3 mois qui suivent la date à laquelle le changement de situation a eu lieu. Durant ce délai, la réduction du délai d'attente est accordée indépendamment de l'âge et de l'état de santé.

#### 42 Réduction, résiliation et extinction de l'assurance

- 42.1 Chaque personne assurée peut résilier ou réduire l'indemnité journalière existante par demande écrite en respectant un délai de 3 mois pour la fin d'un semestre d'une année civile.
- 42.2 En cas d'augmentation de la prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois dès la communication de l'augmentation.
- 42.3 En cas de surassurance probablement durable, Progrès est autorisé à réduire l'assurance indemnité journalière existante.
- 42.4 L'assurance indemnité journalière s'éteint automatiquement lorsque le droit maximal aux prestations a été atteint, mais au plus tard à l'âge AVS. Cependant, lorsque la personne assurée est encore entièrement capable de travailler et continue à exercer une activité, elle peut maintenir la couverture d'assurance existante jusqu'à l'âge de 70 ans révolus, si elle en fait la demande. Il en va de même pour les femmes désirant maintenir le droit aux prestations de maternité dans le cadre de l'art. 74 al. 2 LAMal.
- 42.5 Une personne assurée peut être exclue de l'assurance indemnité journalière en cas de comportement abusif ou de motifs graves qui sont inexcusables.

#### Primes

#### 43 Fixation et obligation de payer des primes

- 43.1 Les primes sont échelonnées d'après l'âge effectif resp. l'âge d'admission et les régions.
- 43.2 En cas d'augmentation d'assurance, l'indemnité journalière existante est maintenue dans l'ancien groupe d'âge. Sous réserve de l'art. 41 des présentes CGA, l'âge effectif est déterminant pour les augmentations. La Direction générale règle les cas spéciaux, en particulier lorsqu'il s'agit d'augmentations successives.
- 43.3 Pour le surplus, l'art. 14 des présentes CGA est applicable par analogie.

#### 44 Echelonnement selon l'âge d'entrée

- 44.1 Les cotisations sont déterminées jusqu'à 25 ans selon l'âge effectif, et à partir de 26 ans selon l'âge d'entrée, les membres étant classés dans les groupes d'âge suivants:

Groupe d'âge 20:  
jusqu'à 20 ans révolus (âge effectif)

Groupe d'âge 25:  
jusqu'à 25 ans révolus (âge effectif)

Groupe d'âge 30:  
jusqu'à 30 ans révolus (âge d'entrée)

Groupe d'âge 35:  
jusqu'à 35 ans révolus (âge d'entrée)

Groupe d'âge 40:  
jusqu'à 40 ans révolus (âge d'entrée)

Groupe d'âge 45:  
jusqu'à 45 ans révolus (âge d'entrée)

Groupe d'âge 50:  
jusqu'à 50 ans révolus (âge d'entrée)

Groupe d'âge 55:  
jusqu'à 55 ans révolus (âge d'entrée)

Groupe d'âge 60:  
jusqu'à 60 ans révolus (âge d'entrée)

Groupe d'âge 65:  
jusqu'à 65 ans révolus (âge d'entrée)

- 44.2 Les assurés du groupe d'âge 20 sont incorporés dans le groupe d'âge 25 dès 20 ans révolus et ceux du groupe d'âge 25 dans le groupe d'âge 30 dès 25 ans révolus.
- 44.3 Lors d'une augmentation d'assurance, l'incorporation est déterminée par l'âge de l'assuré, respectivement par l'âge d'entrée au moment où cette augmentation entre en vigueur.

**45 Echelonnement selon les régions**

Les primes sont échelonnées par région. La Direction fixe les principes régissant la formation des régions ainsi que les principes de calcul pour la fixation des primes.

**Prestations****46 Conditions de prestations**

46.1 L'assuré doit annoncer son incapacité de travail au plus tard dans les 5 jours qui suivent l'écoulement du délai d'attente convenu. Dans les trois jours suivants, il doit envoyer une attestation d'incapacité de travail du médecin ou du chiropraticien.

46.2 En cas d'envoi tardif, le droit à l'indemnité journalière assurée existe au plus tôt dès réception du certificat médical.

46.3 Les assurés doivent fournir la preuve de la perte de revenu non couverte.

46.4 Lorsque l'incapacité de travail prend fin, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit immédiatement être envoyée au Progrès.

**47 Délais d'attente et début des prestations**

47.1 Le droit à l'indemnité journalière débute après écoulement du délai d'attente convenu.

47.2 Pour l'octroi de prestations, le délai d'attente est calculé une fois en l'espace de 365 jours.

**48 Durée des prestations**

48.1 L'indemnité journalière assurée est octroyée durant au maximum 720 jours dans l'intervalle de 900 jours consécutifs.

48.2 A l'âge AVS, les indemnités journalières assurées ne sont versées qu'au maximum pendant 180 jours civils durant 900 jours consécutifs. Les indemnités touchées juste avant l'âge AVS sont imputées pour autant qu'en les ajoutant on dépasse la durée maximale des prestations prévues à l'alinéa 1.

48.3 Les délais d'attente de 30 jours et plus sont imputés à la durée maximale du droit aux prestations.

48.4 Lorsque l'indemnité journalière est réduite pour éviter une surindemnisation, on déduit de la durée maximale du droit aux prestations autant de jours qu'il résulte de la division du montant total de l'indemnité journalière réduite par le montant de la pleine indemnité journalière.

48.5 L'assuré n'a pas le droit d'empêcher l'extinction de l'assurance indemnité journalière en renonçant aux prestations de l'indemnité journalière.

**49 Incapacité de travail partielle**

49.1 En cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25%, attestée médicalement, l'indemnité journalière est par principe octroyée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail correspondant.

49.2 Pour les chômeurs, on applique les dispositions de l'art. 73 LAMal.

**50 Surindemnisation**

50.1 Le droit aux prestations d'indemnité journalière n'existe que s'il n'en résulte pas de gain d'assurance pour l'assuré.

50.2 La législation fédérale définit la limite au-delà de laquelle il y a gain d'assurance

50.3 Pour les assurés qui ne peuvent fournir la preuve d'une perte non couverte, on octroie tout au plus une indemnité journalière de CHF 10.–.

**51 Maternité**

51.1 En cas de grossesse et d'accouchement, on octroie durant 16 semaines l'indemnité journalière que l'assurée a assurée pour la maladie jusqu'au jour de l'accouchement pendant au moins 270 jours, sans interruption de plus de trois mois, auprès d'assureurs reconnus. Au moins 8 des 16 semaines doivent se situer après l'accouchement.

51.2 Pour les femmes qui cessent leur activité lucrative avant les 8 semaines précédant leur accouchement, l'assurance indemnité journalière existante est réduite aux montants conformes selon l'art. 36 des présentes CGA.

**52 Droit aux prestations à l'étranger**

En cas d'incapacité de travail à l'étranger, l'indemnité journalière n'est octroyée que pendant la durée du séjour dans un établissement hospitalier.

**D Dispositions finales****53 Application des prescriptions légales**

Les prescriptions légales de la Confédération s'appliquent pour toutes les questions non réglées dans les présentes Conditions Générales d'Assurance.

**54 Entrée en vigueur**

54.1 Les présentes conditions entrent en vigueur au 1er janvier 1998.

54.2 Elles ont été approuvées par le Conseil de Fondation en date du 25 juillet 1997 pour remplacer celles du 25 septembre 1995 entrées en vigueur au 1er janvier 1996.

spécimen