





Conditions générales d'assurance (CGA) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Édition 2018

Conditions générales d'assurance (CGA) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Édition 2018

Sommaire

1	Bases de l'assurance	Page	6
1.1	Dispositions du droit fédéral	Page	6
1.2	Validité	Page	6
1.3	Autres personnes domiciliées dans l'UE, en Islande ou en Norvège	Page	6
1.4	Application aux assureurs du Groupe Sympany	Page	6
2	Dispositions contractuelles	Page	6
2.1	Validité des conditions particulières	Page	6
2.2	Règle de communication	Page	6
3	Assureur	Page	6
4	Objet de l'assurance	Page	6
5	Définitions	Page	6
5.1	Maladie	Page	6
5.2	Maternité	Page	6
5.3	Accident	Page	6
6	Relation d'assurance	Page	6
7	Proposition d'assurance	Page	6
8	Début de l'assurance	Page	6
8.1	En général	Page	6
8.2	Inscription tardive	Page	6
9	Modifications d'assurance	Page	7
9.1	Adaptation de la franchise	Page	7
9.2	Exclusion de la couverture accidents	Page	7
9.3	Inclusion de la couverture accident	Page	7
10	Suspension	Page	7
11	Fin de l'assurance	Page	7

12	Résiliation de l'assurance	Page	7
12.1	Sortie	Page	7
12.2	Sortie en cours d'année	Page	7
12.3	Sortie en cas de modification des primes	Page	7
12.4	Annonce du nouvel assureur	Page	7
12.5	Sortie en cas d'arriérés	Page	7
12.6	Sortie des modèles d'assurance alternatifs	Page	7
13	Prestations en cas de maladie	Page	7
14	Prestations en cas d'accident	Page	7
15	Prestations à l'étranger	Page	7
15.1	Urgences	Page	7
15.2	Traitements prévus	Page	7
15.3	Frontaliers	Page	7
16	Responsabilité au titre du traitement médical	Page	7
17	Obligations générales	Page	7
18	Justification du droit aux prestations	Page	7
19	Obligations d'informer et d'annoncer	Page	7
19.1	Déclaration d'accident	Page	7
19.2	Participation de l'assuré	Page	7
19.3	Pouvoir de fournir des renseignements	Page	8
19.4	Renseignements sur les prestations de tiers	Page	8
19.5	Non-observation de l'obligation d'annoncer	Page	8
20	Suppression du droit aux prestations	Page	8
21	Restrictions des prestations	Page	8
22	Cession et nantissement de prestations	Page	8
23	Compensation, obligation de remboursement	Page	8
23.1	Compensation	Page	8
23.2	Remboursement de prestations	Page	8

24	Prestations à titre provisoire	Page	8
25	Prestations de tiers	Page	8
25.1	Ordre de responsabilité	Page	8
25.2	Subrogation	Page	8
25.3	Annonce de l'assuré	Page	8
25.4	Réduction des prestations	Page	8
26	Versement des prestations	Page	8
26.1	Monnaie en vigueur	Page	8
26.2	Coordonnées bancaires	Page	8
27	Participation aux coûts	Page	8
27.1	Perception de la participation aux coûts	Page	8
27.2	Participation aux coûts en cas de maternité	Page	8
27.3	Participation aux coûts pour les personnes mineures	Page	8
27.4	Montant maximal de la participation aux coûts	Page	8
27.5	Montant maximal de la participation aux coûts pour les personnes mineures	Page	9
27.6	Montant maximal de la participation aux coûts pour les familles	Page	9
27.7	Franchises différentes pour les familles	Page	9
27.8	Contribution hospitalière	Page	9
27.9	Date de la perception	Page	9
27.10	Frais de rappel	Page	9
27.11	Frais de paiement échelonné	Page	9
28	Franchise ordinaire	Page	9
29	Franchise à option	Page	9
29.1	Rabais de prime en cas de franchises à option	Page	9
29.2	Cercle des personnes assurées	Page	9
29.3	Conclusion de franchises à option	Page	9
29.4	Changement de franchises à option	Page	9
29.5	Franchise à option en cas d'adhésion en cours d'année	Page	9
30	Primes	Page	9
30.1	Tarif de primes	Page	9
30.2	Différences locales	Page	9
31	Réductions de primes	Page	9
32	Paiement des primes	Page	9

33	Compensation des recettes de primes trop élevées	Page	9
34	Émoluments	Page	9
34.1	Frais de rappel et d'encaissement	Page	9
34.2	Paiement fractionné	Page	9
35	Obligation de garder le secret	Page	9
36	Contentieux	Page	10
36.1	Décision	Page	10
36.2	Opposition	Page	10
36.3	Procédures de recours	Page	10
37	Entrée en force	Page	10
38	Voies de droit	Page	10
39	Protection des données	Page	10
40	Entrée en vigueur	Page	10

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 une franchise à option et sous forme de modèle d'assurance alternatif dans le sens d'une forme particulière d'assurance.

1 Bases de l'assurance

1.1 Dispositions du droit fédéral

Cette assurance se fonde sur 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 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et des dispositions d'exécution correspondantes ainsi que sur les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) et les Conditions particulières d'assurance (CP) correspondantes.

Les droits fédéral et cantonal priment les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).

1.2 Validité

Les Conditions générales d'Assurance (CGA) incluent les dispositions générales concernant l'assurance obligatoire des soins. Elles s'appliquent également aux modèles d'assurance alternatifs

- casamed médecin de famille
- casamed hmo
- casamed pharm
- callmed 24
- flexhelp24

tant qu'il n'y a pas de réglementation divergente pour le modèle d'assurance alternatif correspondant, sous la forme de Conditions particulières d'assurance (CP).

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

Suite à 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.

1.4 Application aux assureurs du Groupe Sympany

Par souci de lisibilité, le nom de Sympany est également représentatif dans les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) de:

- a Vivao Sympany AG
- b Moove Sympany AG
- c Caisse maladie Kolping SA

2 Dispositions contractuelles

2.1 Validité des Conditions particulières

En cas de conclusion d'un modèle d'assurance alternatif, les présentes Conditions générales d'assurance sont complétées par des Conditions particulières d'assurance (CP). Celles-ci priment les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).

2.2 Règle de communication

La forme masculine choisie dans ces Conditions générales d'assurance (CGA) vaut également pour les personnes de sexe féminin.

3 Assureur

L'assureur est l'assureur-maladie mentionné dans la police d'assurance.

4 Objet de l'assurance

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

5 Définitions

5.1 Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

5.2 Maternité

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

5.3 Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, psychique ou mentale. Les maladies professionnelles et les lésions corporelles similaires à un accident sont assimilées aux accidents.

6 Relation d'assurance

Le cercle des personnes assurées se base sur les dispositions légales.

7 Proposition d'assurance

Le candidat doit formuler la proposition d'assurance par écrit sur le formulaire prévu à cet effet. Le proposant doit répondre à toutes les questions posées sur le formulaire.

8 Début de l'assurance

8.1 En général

L'assurance commence le jour d'admission confirmé. L'assuré reçoit une police d'assurance en guise de confirmation.

8.2 Inscription tardive

En cas d'adhésion tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. En cas de retard non excusable, un supplément de prime peut être perçu conformément aux dispositions légales.

9 Modifications de l'assurance

9.1 Adaptation de la franchise

La franchise peut être adaptée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

9.2 Exclusion de la couverture accidents

La couverture accidents peut être exclue pour les accidents professionnels et non professionnels, si une couverture accident selon la LAA est démontrée. L'exclusion intervient le premier jour du mois suivant la proposition.

9.3 Inclusion de la couverture accident

L'inclusion de la couverture accident intervient immédiatement à la fin de l'assurance-accidents selon la LAA. L'assuré doit immédiatement déclarer la suppression de l'assurance-accidents selon la LAA.

10 Suspension

L'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises à la Loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM) pour plus de 60 jours consécutifs. La procédure de suspension de l'assurance et les obligations d'informer et d'annoncer correspondantes se fondent sur les dispositions d'exécution relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

11 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin:

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

12 Résiliation de l'assurance

12.1 Sortie

L'assuré peut sortir moyennant un délai de résiliation de 3 mois au 31 décembre. La sortie doit être annoncée par écrit.

12.2 Sortie en cours d'année

La sortie peut intervenir au 30 juin moyennant un délai de résiliation de 3 mois, lorsque ni une franchise à option ni un modèle d'assurance alternatif n'ont été choisis. La sortie doit être annoncée par écrit.

12.3 Sortie en cas de modification des primes

Si une nouvelle prime est communiquée, l'assuré peut résilier pour la fin du mois précédant l'entrée en vigueur de la nouvelle prime, moyennant un délai de résiliation d'un mois.

12.4 Annonce du nouvel assureur

L'affiliation ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance.

12.5 Sortie en cas d'arriérés

L'assureur ne peut être changé que s'il n'y a plus d'arriérés.

12.6 Sortie des modèles d'assurance alternatifs

Les dispositions divergentes dans les modèles d'assurance alternatifs demeurent réservées.

13 Prestations en cas de maladie

Les prestations légales sont prises en charge.

14 Prestations en cas d'accident

Si le risque d'accident est assuré, les mêmes prestations sont prises en charge que lors d'une maladie.

15 Prestations à l'étranger

15.1 Urgences

Les coûts des traitements à l'étranger sont pris en charge en cas d'urgences. Il y a urgence quand l'assuré doit suivre un traitement médical lors d'un séjour temporaire à l'étranger et que l'on ne peut pas raisonnablement exiger de lui qu'il effectue le voyage retour. Les prestations sont versées tant que le voyage retour est impossible pour des raisons médicales.

15.2 Traitements prévus

Aucune prestation n'est accordée lorsque l'assuré se rend à l'étranger en vue d'un diagnostic, d'un traitement, de soins ou pour y accoucher. Les règles d'exception prévues par la loi demeurent réservées.

15.3 Frontaliers

Les frontaliers et les autres personnes tenues de s'assurer en Suisse selon l'accord sur la libre circulation des personnes mais domiciliées dans un autre État membre de l'UE peuvent se faire soigner dans leur pays de résidence, conformément aux dispositions de l'accord sur la libre circulation des personnes

16 Responsabilité au titre du traitement médical

La responsabilité pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques incombe exclusivement aux fournisseurs de prestations choisis par l'assuré.

17 Obligations générales

L'assuré doit suivre les prescriptions du médecin traitant, faire tout ce qui favorise la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir.

18 Justification du droit aux prestations

Lorsque l'assuré fait valoir des prestations d'assurance, les factures originales détaillées doivent être présentées au plus tard 5 ans suivant la facturation pour le contrôle des prestations. Passé ce délai, tout droit aux prestations s'éteint.

19 Obligations d'informer et d'annoncer

19.1 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 transmise à Sympany dans les 10 jours suivant l'accident.

19.2 Participation de l'assuré

L'assuré doit fournir gracieusement à Sympany tous les renseignements requis pour la clarification du droit aux prestations. Ceci inclut également les décisions d'autres assureurs sociaux et les justificatifs des assureurs privés éventuels.

19.3 Pouvoir de fournir des renseignements

L'assuré est tenu 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.

19.4 Renseignements sur les prestations de tiers

L'assuré est tenu d'informer immédiatement Sympany de toutes les prestations de tiers (p. ex. assurance-accidents, responsabilité civile, militaire ou invalidité) ainsi que des indemnités convenues, pour autant que Sympany ait à verser des prestations pour le même cas d'assurance.

19.5 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 l'assuré.

20 Suppression du droit aux prestations

Aucune prestation n'est versée pour les traitements et mesures qui ne sont pas efficaces, appropriés ou économiques, l'efficacité devant être prouvée selon des méthodes scientifiques.

21 Restrictions des prestations

Aucune prestation n'est accordée:

- a en cas de recours illicite à des prestations de Sympany
- b en cas de refus de se soumettre à un examen par un médecin-conseil
- c pour la durée du retard en cas d'adhésion tardive
- d pendant un report des prestations pour cause de retard de paiement; les dispositions légales divergentes demeurent réservées

Les prestations d'assurance sont réduites, voire refusées dans les cas particulièrement graves, pour les accidents ou leurs conséquences intentionnellement provoqués par l'assuré.

22 Cession et nantissement de prestations

L'assuré ne doit ni céder ni mettre en gage des créances vis-à-vis de Sympany, sans l'accord de cette dernière. La cession de créances à des fournisseurs de prestations demeure réservée.

23 Compensation, obligation de remboursement

23.1 Compensation

L'assuré ne peut faire valoir aucune prétention à compensation envers Sympany.

23.2 Remboursement de prestations

Les prestations perçues à tort par l'assuré doivent être remboursées à Sympany.

24 Prestations à titre provisoire

Les prestations à titre provisoire de Sympany vis-à-vis d'autres assureurs sociaux se fondent sur la Loi fédérale sur la Partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

25 Prestations de tiers

25.1 Ordre de responsabilité

Si des prestations de l'assurance obligatoire des soins coïncident avec des prestations similaires d'autres assurances sociales dans un cas d'assurance, l'obligation d'octroyer des prestations de Sympany se fonde sur les dispositions légales.

25.2 Subrogation

Vis-à-vis des assureurs qui assument la responsabilité pour un cas d'assurance, Sympany subroge aux prétentions de l'assuré à la date de l'événement jusqu'à concurrence des prestations légales. Les détails relatifs à l'exercice du droit de subrogation se basent sur les prescriptions du droit fédéral.

25.3 Annonce de l'assuré

L'assuré est tenu d'annoncer ses prétentions envers d'autres assureurs et tiers tenus de payer et ne peut pas renoncer totalement ou partiellement à leurs prestations, sauf consentement express de Sympany.

25.4 Réduction des prestations

Si un autre assureur-maladie, accidents ou social réduit ses prestations pour des raisons autorisant également Sympany à réduire ses prestations, Sympany ne compense pas la perte due à la réduction.

26 Versement des prestations

26.1 Monnaie en vigueur

Sympany paye ses prestations exclusivement en francs suisses.

26.2 Coordonnées bancaires

Sympany paye ses prestations à l'assuré sur un compte postal ou bancaire déclaré. Faute d'annonce de l'assuré, Sympany peut facturer des frais forfaitaires par décompte de prestations.

27 Participation aux coûts

27.1 Perception de la participation aux coûts

Conformément aux prescriptions du droit fédéral, chaque assuré doit participer aux coûts des soins à hauteur:

- a d'un montant fixe par année civile (franchise)
- b d'une quote-part de 10% des coûts des soins excédant la franchise
- c d'une contribution journalière aux coûts de l'hospitalisation

27.2 Participation aux coûts en cas de maternité

En cas de maternité, à partir de la 13^e semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après la naissance, aucune franchise et aucune quote-part ne sont perçues.

27.3 Participation aux coûts pour les personnes mineures

Aucune franchise n'est perçue pour les assurés jusqu'à 18 ans révolus. En est exceptée une franchise à option éventuellement convenue.

27.4 Montant maximal de la participation aux coûts

Le plafond annuel pour la franchise et la quote-part dans l'assurance obligatoire des soins est de CHF 700.– pour les assurés dès l'âge de 18 ans révolus pour la quote-part, plus le montant de la franchise ordinaire. La contribution aux frais d'hospitalisation est due en sus.

27.5 Montant maximal de la participation aux coûts pour les personnes mineures

Pour les assurés jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, le plafond annuel est de CHF 350.– pour la quote-part, plus le montant d'une franchise éventuellement choisie.

27.6 Montant maximal de la participation aux coûts pour les familles

Si plusieurs personnes d'une même famille âgées de moins de 18 ans révolus sont assurées chez Sympany, la participation aux coûts totale représente au maximum deux fois la somme de la franchise choisie et de la quote-part.

27.7 Franchises différentes pour les familles

Si des franchises différentes ont été choisies pour une famille, le montant maximal se mesure à l'aune de la franchise la plus élevée choisie.

27.8 Contribution hospitalière

En plus de la franchise et de la quote-part, l'assuré participe aux frais d'hospitalisation à raison d'un montant journalier.

Les enfants et les jeunes adultes jusqu'à 25 ans n'ont pas de contribution à verser, tant qu'ils sont encore en formation.

27.9 Date de la perception

La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part.

27.10 Frais de rappel

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

27.11 Frais de paiement échelonné

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

28 Franchise ordinaire

Pour les assurés adultes, la franchise annuelle est perçue sous forme de montant fixe par année civile.

29 Franchise à option

29.1 Rabais de prime en cas de franchises à option

La prime peut être réduite lors du choix d'une franchise plus élevée.

29.2 Cercle des personnes assurées

Tous les assurés peuvent conclure une assurance avec franchise à option.

29.3 Conclusion de franchises à option

Le choix d'une franchise plus élevée n'est possible qu'au début d'une année civile.

29.4 Changement de franchises à option

Le passage à une franchise moins élevée est possible à la fin d'une année civile moyennant un délai de résiliation de 3 mois.

29.5 Franchise à option en cas d'adhésion en cours d'année

En cas d'adhésion en cours d'année, la franchise à option est perçue au prorata du temps.

30 Primes

30.1 Tarif de primes

Les primes sont fixées dans un tarif de primes.

30.2 Différences locales

Les primes peuvent être échelonnées d'après les différences de coûts dues aux conditions locales.

31 Réductions de primes

Les primes sont réduites:

- a pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans révolus
- b pour les adultes jusqu'à l'âge de 25 ans révolus
- c en cas de suspension de la couverture des accidents
- d pour les assurés qui souscrivent une franchise à option
- e pour les assurés qui concluent une forme d'assurance alternative

32 Paiement des primes

Les primes sont payables à l'avance. Le mois civil représente la période de paiement la plus courte. 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. Les cotisations pour les jours non utilisés sont remboursées en cas de résiliation de l'assurance durant le mois civil.

33 Compensation des recettes de primes trop élevées

Dans les cantons dans lesquels les recettes de primes sont nettement supérieures aux coûts cumulés, Sympany peut procéder à une compensation des primes l'année suivante.

34 Émoluments

34.1 Frais de rappel et d'encaissement

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

34.2 Paiement fractionné

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

35 Obligation de garder le secret

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

36.1 Décision

Lorsqu'un assuré n'accepte pas une décision de Sympany, cette dernière rend une décision écrite, dans les 30 jours à compter de la demande, avec indication des motifs et des voies de recours.

36.2 Opposition

Une opposition écrite peut être formée à l'encontre de la décision de Sympany dans un délai de trente jours à compter de sa notification. Sympany examine l'opposition et rend une décision sur opposition écrite et fondée avec une information sur les voies de recours.

36.3 Procédures de recours

Un recours peut être formé à l'encontre de la décision sur opposition de Sympany 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 déposant plainte. Le tribunal des assurances peut également être saisi quand Sympany ne rend pas de décision ni de décision sur opposition dans les délais.

Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de Bâle.

37 Entrée en force

Si le délai de recours a expiré sans avoir été utilisé, la décision ou la décision sur opposition de Sympany 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'article 80 de la Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP).

38 Voies de droit

En cas de différends portant sur des honoraires entre l'assuré et des fournisseurs de prestations dans le sens de la LAMal, Sympany peut, à la demande de l'assuré, se charger de sa défense à ses frais devant les tribunaux compétents, pour autant que la demande ne paraisse pas vouée à l'échec.

39 Protection des données

Le traitement des données des personnes assurées se conforme aux dispositions de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992. Dans les cas de contrats d'assurance ayant une portée internationale, le traitement des données se conforme aux dispositions applicables (par ex. Règlement européen sur la protection des données (RGPD) 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données prélevées auprès de la personne assurée servent à l'exécution du contrat d'assurance (par ex. traitement des

prestations, encaissement ou gestion des documents). Dans ce contexte seules les données servant ce but sont perçues.

La caisse transmet des données à des tiers (fournisseurs de prestations, autorités, autres assureurs sociaux) uniquement lorsque la transmission est en relation directe avec la réalisation du contrat. Dans les autres cas, la caisse ne transmet des renseignements qu'avec l'accord de la personne assurée. Si le traitement des données est confié à un tiers, la caisse veille à ce que les données soient traitées dans la mesure autorisée.

La personne assurée peut faire valoir ses droit de personne concernée vis à vis de la caisse (par ex. droit de renseignement). La caisse conserve les données avec toute l'attention requise et les protège de tout abus à l'aide de mesures techniques et organisationnelles adéquates.

40 Entrée en vigueur

Ces Conditions générales d'assurance entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018 et remplacent tous les règlements et dispositions antérieurs concernant l'assurance obligatoire des soins légales.

