

SINE QUA NON

Bulletin trimestriel de la Permanence juridique
sur l'assurance-maladie et accidents du
Bureau Central d'Aide Sociale

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur ...

L'Assurance-Maladie Privée

Depuis le 1^{er} janvier 1996, la Suisse dispose d'une assurance maladie obligatoire pour les soins médicaux et pharmaceutiques. Cette innovation impose une séparation entre assurance maladie sociale et assurances privées ou complémentaires. Alors même qu'ils peuvent être gérés par un seul et même assureur, les deux régimes sont régis par des principes fondamentalement différents découlant de l'application de deux lois : la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) d'une part et la loi sur le contrat d'assurance (LCA) d'autre part. Des conditions d'admission aux conditions de résiliation du contrat, tout concourt à distinguer l'assurance-maladie privée de l'assurance-maladie sociale.

1. Les conditions d'admission

La notion de risque

La notion de risque à assurer est un des éléments caractéristiques du contrat d'assurance : l'assureur doit pouvoir l'apprécier correctement pour en fixer le prix. Cette règle s'applique en matière d'assurance-maladie.

Ici, deux paramètres déterminent l'acceptation ou le refus par un assureur : votre âge et votre état de santé. Au-delà d'une certaine limite, 60 voire 50 ans, il n'est plus possible de souscrire une assurance complémentaire.

De même, une affection existante, un risque de rechute de maladie, voire une simple prédisposition malade ne sont pas assurables. Au mieux, ils font l'objet d'une réserve d'assurance qui peut être limitée dans le temps (2, 5 ans) ou fixée à vie.

2. La conclusion du contrat d'assurance

a. La proposition d'assurance

Si vous souhaitez conclure une ou plusieurs assurances complémentaires, vous devez remplir un formulaire fourni par l'assureur. Par votre signature, vous êtes lié pendant 14 jours ou 4 semaines si l'assureur exige un examen de santé. Pendant ce délai, vous ne pouvez pas vous engager auprès d'un autre assureur. Par contre, l'absence de réponse ou la réponse tardive de l'assureur vous redonne la possibilité de vous assurer ailleurs. Ce formulaire contient un questionnaire de santé qui ne doit pas être complété à la légère : il est le document sur lequel l'assureur fonde son acceptation d'un candidat ou son refus, voire son acceptation avec des réserves d'assurance.

b. Le questionnaire de santé

Le futur assuré doit déclarer tous les faits importants pour l'appréciation du risque à assurer. Il ne s'agit pas ici de se remémorer en détail tous les dérangements passagers dont on a souffert ni tous les médecins qu'on a consultés. Mais on se doit de donner tous les renseignements dont on a connaissance et qui altèrent notre état de santé en répondant aux questions précises posées par l'assureur.

Ainsi, si un simple état grippal n'a pas à être signalé, des rhinites à répétition doivent par contre être mentionnées. Il en est de même en cas de suspicion de hernie discale.

Et puis, attention, le seul fait de n'avoir pas été soigné pour une affection existante (des varices par exemple) ne libère pas de l'obligation de mentionner sa présence !

Si vous recourrez à l'aide d'une tierce personne, un « démarcheur » d'assurance à domicile en général, ne vous laissez pas influencer. Vous seul connaissez votre état de santé et c'est vous seul qui vous engagez en apposant votre signature au bas du questionnaire de santé.

c. L'acceptation de la proposition d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de l'assureur dans le délai de 14 jours ou 4 semaines en cas d'examen médical. Vous avez alors la qualité de preneur d'assurance ou assuré. Sachez toutefois qu'en cas de refus, l'assureur n'est pas tenu de se justifier.

Pour être lié par la proposition d'assurance, vous devez avoir connaissance des conditions qui régissent votre assurance.

Les conditions générales d'assurance servent de base au contrat : elles déterminent le début et la durée de l'assurance, les conditions de résiliation du contrat, les obligations en cas de sinistre, etc. et varient d'un assureur à l'autre. Attention, le plus souvent, vous reconnaissez avoir reçu un exemplaire des conditions générales en apposant votre signature sur la proposition d'assurance !

Contrairement à une idée faussement répandue, l'établissement de la police d'assurance n'est pas une condition de la conclusion du contrat, mais une obligation légale née d'un contrat déjà conclu.

Le retard dans la remise de ce document à l'assuré ne fonde donc pas un droit à annuler le contrat.

d. La réserve d'assurance

Dans ce cas, tous les frais médicaux relatifs à l'affection mise sous réserve sont exclus du contrat d'assurance, c'est-à-dire qu'ils ne font l'objet d'aucune prise en charge.

Les traitements sans relation avec cette affection sont par contre normalement remboursés.

3. Entrée en vigueur et durée du contrat d'assurance

La couverture d'assurance débute le jour mentionné dans la police.

Le contrat peut être conclu pour une année, reconductible d'année en année, mais il peut aussi l'être pour une durée de 2 ou 5 ans.

Vous devez donc être attentif à ce point qui peut vous empêcher de vous départir de votre contrat avant la fin de la durée convenue, sauf conditions particulières mentionnées ci-après sous point 5.

4. Les prestations réduites ou exclues du contrat d'assurance privée

Toutes les prestations qui ne sont pas expressément mentionnées dans la loi sur l'assurance-maladie sociale (LAMal) doivent relever des assurances privées ou complémentaires (hospitalisation en division privée ou semi-privée par exemple). Ce sont les conditions particulières d'assurance qui déterminent l'objet de l'assurance. Si certaines prestations sont soumises à des conditions d'octroi, d'autres peuvent être réduites, voire purement et simplement exclues de la couverture d'assurance. La prise en charge des séjours en clinique psychiatrique est par exemple souvent limitée dans le temps à 90 ou 180 jours par an, quand elle n'est pas totalement exclue. Au nombre des prestations exclues de la couverture d'assurance, on peut mentionner de façon générale la chirurgie esthétique, les maladies dues à l'alcool et à la drogue et l'interruption de grossesse. Si vous devez entreprendre un traitement ou subir une intervention chirurgicale, contrôlez donc les conditions d'octroi dans les conditions particulières de votre assurance complémentaire. En cas de doute, demandez un accord préalable écrit de prise en charge à votre assureur.

5. La résiliation du contrat d'assurance-maladie privée par le preneur d'assurance

Avant de résilier votre contrat d'assurance maladie privée, réfléchissez ! Vous courrez le risque de n'être plus jamais accepté par un autre assureur, selon votre âge ou votre état de santé.

a. En général

Le contrat d'assurance conclu pour 1, 2 ou 5 ans ne prend pas fin automatiquement. Si vous voulez vous en départir, vous devez le résilier par lettre recommandée pour le terme convenu, en général la fin d'une année civile, moyennant un préavis qui varie d'un assureur à l'autre (1, 3, 6 mois). Attention ! Contrairement à une idée largement répandue, ce n'est pas le cachet de la poste qui fait foi, mais la date à laquelle l'assureur reçoit la lettre de résiliation du contrat. Ainsi, si pour être valable, la dénonciation du contrat doit être faite pour la fin d'une année civile moyennant un préavis d'un mois, l'assureur doit avoir reçu le courrier de l'assuré avant le 30 novembre ou le 30 novembre au plus tard.

b. Les cas particuliers

Certaines circonstances particulières vous permettent toutefois de vous départir de votre contrat sans attendre l'échéance contractuelle convenue. Sous respect du délai de résiliation mentionné dans les conditions générales d'assurance, cette possibilité est donnée en cas d'adaptation de primes, de changement dans les conditions d'assurance ou lorsqu'un sinistre se réalise (une hospitalisation par exemple).

c. Le cas de la violation du devoir d'information de l'assureur

Depuis, le 1^{er} janvier 2006, l'assureur a un devoir d'information. Il doit, avant la conclusion du contrat, renseigner le preneur d'assurance sur son identité, sur le contenu principal du contrat et sur les questions relatives à la protection des données. En cas de violation de ce devoir, vous avez le droit de résilier le contrat.

6. La résiliation du contrat d'assurance par l'assureur

a. Le cas de la réticence

La loi définit la réticence comme l'omission de déclarer ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important pour l'appréciation du risque que le futur assuré connaissait ou devait connaître, par exemple un épisode dépressif ou la suspicion d'une hernie discale à l'occasion de douleurs dorsales. Si l'omission de déclarer ou la déclaration inexacte a une « influence » sur les dommages ultérieurs, l'assureur est libéré de son obligation d'accorder sa prestation. Par contre, il devra couvrir les autres cas d'assurance. La réticence

donne en outre à l'assureur le droit de résilier le contrat.

7. La prime d'assurance

La première prime doit être payée à la conclusion du contrat, puis au début de chaque nouvelle période d'assurance. Prenez garde, tout retard de paiement 14 jours après réception d'une sommation écrite de l'assureur entraîne la suspension du contrat qui ne déploie plus ses effets. Même un règlement a posteriori ne fait pas renaître un droit à d'éventuelles prestations pour la période où les primes n'ont pas été acquittées et l'assureur est libre d'accepter ou de refuser la poursuite du contrat.

En conclusion, si vous optez pour une ou plusieurs assurances complémentaires, ne vous engagez pas à la légère. Contrôlez la durée de votre contrat, le genre de prestations réduites ou exclues de votre couverture d'assurance. Si vous devez entreprendre un traitement ou subir une intervention chirurgicale, assurez-vous des conditions d'octroi de ces prestations. Enfin, si vous voulez résilier votre contrat d'assurance, soyez sûr de votre décision : vous courez le risque de n'être plus jamais accepté par un autre assureur.

Jacqueline Deck
Juriste de notre Permanence Juridique
sur l'assurance-maladie et accidents

Reproduction autorisée avec mention de la source

Bureau Central d'Aide Sociale, place de la Taconnerie 3, CP 3125, 1211 Genève 3

Permanence juridique sur l'assurance-maladie et accidents :

réception sans rendez-vous le mardi de 11h. à 18h.

permanence téléphonique le vendredi de 9h à 11h30 et de 13h30 à 16h30