EXFOUR

RÈGLEMENT

Caisse de maladie pour indemnités journalières

Valable à partir du
1er janvier 2027

Table des matières

		article
I	Assurés	
	Personnes assurées	1
	Début de l'assurance	2
	Examen d'entrée	3
	Admission sous réserve	4
	Début différé des prestations de la caisse	5
II	Cotisations	
	Fixation et perception des cotisations	6
	Personnes faisant du service (service militaire, protection civile, service civil)	7
	Conséquences d'un retard	8
	Contrôles de l'employeur	9
III	Prestations	
	Montant et calcul de l'indemnité journalière	10
	Réduction et exclusion du droit aux indemnités journalières	11
	Début et durée du droit à l'indemnité journalière	12
	Indemnités journalières de maternité - Prestations d'accouchement	14
	Epuisement du droit aux prestations	15
	Aptitude à prendre des vacances	
	Séjour à l'étranger	17
	Cures	18
	Surassurance	19
	Prestations de tiers	20
	Suspension des prestations	21
	Séjours à l'extérieur et changement de domicile	22
	Comportement de l'assuré pendant l'incapacité de travail	23
	Paiement des indemnités journalières	24
	Incessibilité du droit aux indemnités journalières	25
IV	Extinction de l'assurance	
	Extinction de l'assurance	27
	Résiliation du contrat de travail	28
	Contrat de travail à durée déterminée	29
V	Juridiction	
	Moyens de recours	30
VI	Divers	
	Publications et sanctions	31
	Entrée en vigueur	32

Pour des raisons de meilleure lisibilité, la forme masculine est utilisée dans le présent règlement pour désigner des personnes et des substantifs se rapportant à des personnes. Les termes correspondants s'appliquent à tous les sexes dans un souci d'égalité de traitement. La forme linguistique abrégée n'est utilisée que pour des raisons rédactionnelles et n'implique aucun jugement de valeur. En cas de divergence d'interprétation entre les différentes versions linguistiques du présent règlement, la version allemande fait foi.

I. Assurés

Art. 1 Personnes assurées

1 Toutes les personnes employées par des entreprises ayant qualité de membres de la caisse touchant un salaire soumis à l'AVS jusqu'à l'atteinte de l'âge de référence ordinaire font partie des personnes assurées, sous réserve cependant d'une convention particulière avec la caisse. Les jeunes qui ne sont pas encore soumis à l'AVS ainsi que les personnes qui touchent un salaire soumis à l'AVS de moins de CHF 2'500 (en vigueur depuis le 1er janvier 2025) peuvent être assurées par la caisse au moyen d'une convention particulière.

2 Les personnes employées qui, pour des raisons particulières, ne veulent pas être assurées doivent être signalées à la caisse avec le formulaire *Déclaration d'exception*. Le formulaire dûment rempli et signé doit parvenir à la caisse au plus tard 30 jours civils à partir du début du contrat de travail.

3 Les personnes qui entrent au service d'une entreprise, membre de la caisse, après le début de la perception d'une rente vieillesse AVS ne peuvent plus être assurées. Il en est de même pour les rentes vieillesse AVS ajournées.

4 Les personnes exerçant une activité indépendante, ainsi que les membres de leur famille travaillant dans l'entreprise peuvent s'assurer s'ils le désirent.

5 Dans certains cas particuliers, la caisse peut faire dépendre l'assurance de personnes individuelles de la remise d'une déclaration de santé.

6 Les personnes au chômage ont le droit de s'assurer individuellement pour une indemnité journalière de 80 pour cent dès le 31ème jour, si elles sont considérées comme chômeuses au sens défini par l'article 10 de la LACI immédiatement après avoir quitté le cercle des personnes assurées. Les indemnités journalières ne doivent pas être supérieures aux indemnités de chômage.
La déclaration écrite de passage à l'assurance individuelle, accompagnée du premier décompte de l'assurance-chômage, doit parvenir à la caisse au plus tard 90 jours civils après la sortie du cercle des personnes assurées. L'envoi doit être effectué par la personne, assurée jusqu'à présent, par voie postale.

Art. 2 Début de l'assurance

L'assurance débute pour les personnes employées dès le jour du commencement du travail auprès de la maison-membre, et pour les personnes de condition indépendante à la date convenue. Si, toutefois, il devait survenir une incapacité de travail au moment convenu, l'assurance ne débuterait alors que lorsque la personne concernée aurait recouvré à 100 pour cent sa capacité de travail.

Art. 3 Examen d'entrée

La caisse est autorisée, pour les personnes de condition indépendante, de faire dépendre d'une visite médicale l'admission, ainsi qu'une augmentation ultérieure éventuelle du montant de l'assurance. Les frais en résultant sont à la charge de la caisse. Celle-ci désigne le médecin devant pratiquer l'examen.

Art. 4 Admission sous réserve

1 Pour les personnes de condition indépendante qui, selon leur propre déclaration ou une attestation médicale, souffrent d'une maladie quelconque, d'une infirmité ou des suites d'un accident, la caisse peut formuler une réserve pour l'assurance de cette maladie ou des suites de cet accident.

2 La réserve d'assurance sera communiquée par écrit à la personne assurée lors de son admission. Elle doit se rapporter à des maladies ou des suites d'accident désignées exactement.

3 La durée de la réserve sera déterminée par la caisse. Cette réserve tombera cependant automatiquement 5 ans après le début de l'assurance.

Art. 5 Début différé des prestations de la caisse

1 Le début des prestations peut être différé par une convention écrite avec la caisse. Si une telle convention devait être conclue, elle serait valable également pour les prestations lors d'un accouchement.

2 La durée choisie des prestations différées de la caisse ne sera appliquée qu'une seule fois au cours de la même maladie, pour autant qu'une rechute se produise dans les 180 jours.

3 Lors d'un début différé des prestations, la durée maximale des prestations sera réduite de la durée du délai différé.

II. Cotisations

Art. 6 Fixation et perception des cotisations

1 Les cotisations seront prélevées en pourcentage de la somme des salaires soumis à l'AVS, resp. du revenu assuré de la somme des salaires. Elles sont, en règle générale, à verser trimestriellement à la caisse.

2 Eléments particuliers de salaire (irrégulières, variables ou non récurrentes) comme des honoraires, cadeaux pour des années de service, primes à la performance, bonus, primes pour travail posté, versement pour des heures supplémentaires, indemnités de départ etc. peuvent être exemptés de l'assurance au moyen d'une convention particulière.

3 La quote-part des personnes employées sera également déduite de leurs salaires.

4 Le montant du revenu maximal assuré correspond à la limite maximale du salaire assuré à l'assurance-accidents et à l'assurance-chômage obligatoires. Par convention avec la caisse, cette limite du revenu peut être seulement augmentée dans la mesure où les indemnités journalières ne dépassent pas le montant de CHF 240'000 par année civile. Pour les variantes avec une indemnité journalière de 100 pour cent celles-ci correspondent à un revenu maximal de CHF 240'000 pouvant être assuré, pour les variantes d'une indemnité journalière de 80 pour cent la limite s'élève à CHF 300'000 par an.

5 Si la maison-membre convient d'une limite de revenu de plus de CHF 200'000 par an, les indemnités journalières jusqu'à un revenu assuré de CHF 200'000 seront versées sans vérification ultérieure. Personnes qui désirent assurer le revenu excédant CHF 200'000 (jusqu'à une limite de CHF 300'000) doivent auparavant remettre une déclaration de santé à vérifier. Pour les assurances variantes avec une indemnité journalière de 100 pour cent, la limite correspondante de revenu ou bien le salaire assuré s'élève à CHF 160'000 par an.

6 Les personnes de condition indépendante doivent déterminer avec la caisse le montant du revenu à assurer.

7 Les personnes employées sont libérées de l'obligation des cotisations pour la durée et l'étendue des prestations d'indemnités journalières qu'ils touchent. Cette clause n'est cependant pas valable pour les personnes de condition indépendante et pour les membres de l'assurance individuelle.

Art. 7 Personnes faisant du service (service militaire, protection civile, service civil)

1 Durant le service, les cotisations des assurés de condition indépendante devront être versées intégralement, et celles des personnes employées sur la base de leurs revenus soumis à l'AVS. Les assurés tombant malades pendant une période de service ont droit aux indemnités journalières correspondant à leurs cotisations, dans la mesure toutefois où ces indemnités ne leur procurent pas d'avantage.

2 Pour la durée d'un service actif éventuel, le comité peut établir, pour les personnes fournissant du service, des prescriptions dérogeant au présent règlement en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Art. 8 Conséquences d'un retard

1 Pour les cotisations qui n'auront pas été payées dans les 30 jours après la fin du trimestre, la caisse fera une sommation écrite et fixera un nouveau délai de 10 jours. Si les cotisations dues n'ont pas été acquittées durant ce délai, le droit aux prestations sera alors suspendu, et ce aussi longtemps que durera le retard.

2 Le débiteur des cotisations peut demander un sursis à la caisse. Si un délai est accordé, il annule les conséquences liées au retard pour la durée du délai.

3 Lors d'un retard important du paiement, des intérêts de retard seront prélevés. Ce seront alors les conditions déterminantes de l'AVS qui seront conformément applicables en ce qui concerne le taux d'intérêt et le mode de calcul.

Art. 9 Contrôles de l'employeur

La caisse est autorisée, en effectuant des contrôles sur place ou de toute autre manière, à vérifier si les cotisations ont été décomptées correctement et entièrement.

III. Prestations

Art. 10 Montant et calcul de l'indemnité journalière

1 La caisse accorde en cas d'incapacité totale de travail, en règle générale, une indemnité journalière de 80 pour cent du salaire journalier moyen que percevait l'assuré avant son incapacité de travail, sous réserve toutefois d'une convention dérogatoire.

2 En cas d'incapacité de travail partielle, il existe un droit à une indemnité journalière proportionnelle correspondant au degré de l'incapacité de travail, pour autant que celle-ci soit de 25 pour cent au moins. Les jours indemnisés pour l'incapacité de travail partielle sont considérés comme des jours indemnisés complets pour le calcul du délai d'attente et de la durée des prestations.

3 Le calcul du salaire journalier moyen sera appliquée, en règle générale, comme suit:

salaire hebdomadaire	:	7
salaire mensuel	:	30
salaire annuel	:	360

4 Pour des absences de courte durée (jusqu'a 3 jours de travail consécutifs), il sera procédé comme suit pour le calcul du salaire journalier moyen:

salaire hebdomadaire	:	5
salaire mensuel	:	22
salaire annuel	:	264

5 Lors d'absences de courte durée, l'indemnité journalière ne sera versée que pour les jours effectifs de travail.

Art. 11 Réduction et exclusion du droit aux indemnités journalières

1 Si l'incapacité de travail est due à de graves négligences de l'assuré, l'indemnité journalière sera réduite en conséquence. Si l'assuré a provoqué intentionnellement son incapacité de travail, l'indemnité journalière sera supprimée.

2 Il n'existe aucun droit à une indemnité journalière si l'incapacité de travail est la conséquence de mesures prophylactiques, de soins de beauté et d'hygiène, d'interventions cosmétiques et chirurgicales, de traitements de la chute des cheveux, de cures d'amaigrissement et autres traitements analogues.

3 Il ne sera versé aucune indemnité journalière en cas d'incapacité de travail par suite de

a) rixes et bagarres (pour autant que l'assuré n'ait pas été attaqué comme témoin innocent ou blessé en voulant porter secours);

b) abus d'alcool ainsi que consommation de drogues et médicaments non prescrits médicalement;

c) rayonnements ionisants et radioactivité

d) instruction judiciaire pour actes délictueux;

e) services militaires étrangers et actes de guerre;

f) tremblements de terre.

Art. 12 Début et durée du droit à l'indemnité journalière

1 Le droit à une indemnité journalière commence, en règle générale, avec le premier jour de l'incapacité de travail, pour autant qu'un ajournement des prestations n'ait pas été conclu. Ce droit dure jusqu'au jour où l'assuré a retrouvé sa capacité de travail complète, ou au minimum à 75 pour cent, mais avec un maximum de 720 jours dans l'espace de 900 jours consécutifs. Les incapacités de travail partielles et/ou les indemnités journalières réduites suite à une surassurance au sens de l'art. 14, al. 3 ainsi que de l'art. 19 n'entraînent pas une prolongation de la durée des versements.

2 Les incapacités de travail de plus de 3 jours consécutifs doivent être attestées auprès de la caisse par un certificat médical. En cas de cumul d'absences de courte durée, la caisse peut demander un certificat médical, même pour des absences de max. 3 jours consécutifs.

3 Abrogé

4 La personne employée malade n'a droit à l'indemnité journalière que si le premier jour de maladie tombe dans une période qui précède la résiliation du contrat de travail, c'est-à-dire avant que le droit au salaire n'ait pris fin.

5 Lors d'incapacités de travail survenant au cours d'un congé non payé ou pendant une interruption provisoire de l'exploitation, le droit aux indemnités journalières n'existe que:
- La maison-membre déclare à la caisse, avant la cessation de son obligation du paiement du salaire, qu'elle veut continuer l'assurance pour la durée de l'interruption et qu'elle paiera les cotisations correspondantes.
- Le salaire assurable doit être annoncé au préalable à la caisse et être confirmé par celle-ci. La période maximale assurable est de 180 jours.
- La maison-membre déclare, avant la fin de son obligation de verser les salaires à la caisse, qu'elle entend maintenir l'assurance pendant la durée de l'interruption et s'acquitter des cotisations correspondantes.

6 Pour les personnes assurées qui touchent une rente de vieillesse de l'AVS et qui restent assurées conformément à l'art. 27, let. c, le droit à l'indemnité journalière débute en règle générale le premier jour de l'incapacité de travail, pour autant qu'aucune suspension des prestations n'ait été convenue. Ceci jusqu'au jour où la personne assurée recouvre sa pleine capacité de travail ou une capacité de travail supérieure à 75 pour cent, mais au maximum 240 jours sur 360 jours consécutifs. L'art. 10 al. 2 est réservé. Il en va de même en cas de rente de vieillesse différée de l'AVS.

7 En cas de droit à des mesures de réadaptation de l'AI pendant une incapacité de travail donnant droit à des indemnités journalières de maladie, les prestations d'indemnités journalières de l'AI sont imputées sur les prestations d'indemnités journalières de la caisse. Si une incapacité de travail donnant droit à des indemnités journalières subsiste immédiatement après la mesure de réadaptation de l'AI, le droit aux indemnités journalières en cas de maladie s'étend au maximum à 720 jours depuis le début de l'incapacité de travail dans un délai de 900 jours, en tenant compte des jours donnant droit à des indemnités journalières de maladie pendant la mesure de réadaptation de l'AI.

8 Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont considérées comme une maladie

Art. 13 Abrogé

Art. 14 Indemnités journalières de maternité - Prestations d'accouchement

1 Pour autant que l'employée ait été assurée à la caisse pendant au moins 270 jours jusqu'au moment de l'accouchement, il existe un droit à des prestations d'accouchement à hauteur de 112 indemnités journalières (16 semaines). Dans les cas où le contrat de travail avec la maison-membre a cessé au moins 4 semaines avant l'accouchement, il n'existe pas de droit à des prestations d'accouchement.

2 Les prestations d'accouchement commencent 14 jours (2 semaines) avant la naissance et durent au maximum 112 jours, pour autant cependant que l'assurée ne reprenne pas le travail avant la fin de ce délai. Si l'interruption de travail a commencé moins de 14 jours avant la naissance, les prestations d'accouchement débuteront le jour où le travail a été interrompu, mais au plus tard le jour de la naissance.

3 Les droits aux allocations de maternité et de prise en charge selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service, de maternité et de paternité, ainsi qu'aux prestations correspondantes selon d'autres dispositions légales, sont imputés sur les prestations d'accouchement à verser par la caisse. Le décompte de la prestation d'accouchement est effectué après la fixation de l'allocation de maternité ou de prise en charge.

Art. 15 Epuisement du droit aux prestations

1 Lorsqu'un assuré a perçu intégralement décrites par l'art. 12, al. 1, son droit aux prestations s'éteint.

2 L'assuré ne peut pas mettre fin à l'épuisement des droits en renonçant aux prestations de la caisse avant la cessation médicalement certifiée de la maladie.

3 Les personnes assurées en fin de droit qui peuvent s'attendre à des prestations de l'AI et qui continuent à exercer une activité lucrative partielle dans la même maison-membre peuvent, dans la mesure de leur capacité de travail résiduelle, continuer d'être assurées contre la perte de gain en cas d'autres maladies, conformément à une convention spéciale convenue avec la caisse. La caisse peut faire dépendre le maintien de l'assurance sur la présentation d'une déclaration de santé ou du résultat d'un examen médical et par analogie avec l'article 4, émettre des réserves d'assurance.

Art. 16 Aptitude à de prendre des vacances

1 Il est possible de prendre des jours de congés ordinaires pendant une période d'incapacité de travail si le médecin compétent a certifié que la personne est apte à les prendre. Pendant la durée de ces congés, le droit aux prestations d'assurance est suspendu. Les jours de suspension ne sont pas pris en compte dans le calcul de la durée des prestations.

Art. 17 Séjour à l'étranger

1 Les assurés qui, en cours de maladie, se rendent à l'étranger sans l'autorisation de la caisse n'ont pas droit à ses prestations pendant la durée de leur séjour à l'étranger.

2 Si l'assuré tombe malade à l'étranger, les indemnités journalières ne seront versées que pendant un mois au maximum.

3 Les al. 1 et 2 de cet article ne sont pas applicables aux assurés ayant leur domicile à l'étranger.

Art. 18 Cures

1 Les prestations d'assurance seront aussi accordées pour un séjour dans un lieu de cure, pour autant que le médecin traitant l'ait estimé nécessaire à la guérison et qu'il l'ait prescrit. Un certificat médical doit être remis à la caisse avant le début de la cure.

2 Il n'existe pas de droit à des indemnités journalières pour des séjours de convalescence.

Art. 19 Surassurance

1 Si la caisse constate une surassurance dans un cas de maladie, elle réduira l'indemnité journalière de telle façon que celle-ci ne procure pas un gain à l'assuré. Les indemnités de l'assurance ne doivent pas être supérieures aux indemnités journalières assurées, compte tenu du fait que les allocations pour impotents et les suppléments pour impotence des assurances sociales ne sont pas pris en considération pour la détermination de la surassurance.

2 Pour permettre le contrôle, les assurés doivent fournir tout renseignement sur les autres indemnités qu'ils pourraient percevoir de maladie. Sont également concernées les indemnités journalières versées par l'assurance accidents ainsi que les allocations de maternité, de prise en charge, de paternité et d'adoption, conformément à la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service, de maternité et de paternité.

3 Au cas d'une surassurance à cause d'une prestation de rente AI versé rétroactivement la caisse a le droit d'exiger le remboursement des indemnités journalières payées à titre d'avance directement de la caisse de compensation compétente pour le payement des arriérés dans la mesure qu'à la personne assurée ne revienne pas un gain en sens de l'al. 1.

Art. 20 Prestations de tiers

1 Si l'assuré est encore affilié à une autre caisse pour des indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident qui s'est également réservé le droit de réduire ses prestations en cas de concours avec un tiers, la caisse fera sur les siennes une réduction proportionnelle au montant de la réduction à opérer sur le total des prestations des deux caisses.

2 Si le tiers conteste son obligation aux prestations, la caisse accordera ses prestations intégralement. L'assuré devra cependant, avant de faire valoir ses droits vis-à-vis d'un tiers, céder à la caisse, pour autant que cela soit possible, ses droits à l'égard du tiers jusqu'à concurrence de la somme que doit verser la caisse. Les assurés qui ne font pas valoir leurs droits à l'égard de tiers, resp. ne les cèdent pas à la caisse ou qui concluent avec des tiers une transaction sans l'assentiment de la caisse, perdent tous leurs droits à une prestation d'assurance de la caisse.

Art. 21 Suspension des prestations

Peuvent être exclus du droit aux prestations de la caisse entièrement ou partiellement les assurés qui,

a) n'observent pas pendant la maladie les prescriptions du médecin traitant;

b) n'annoncent pas la maladie à leur employeur ou ne le font que tardivement;

c) pendant la maladie exécutent un travail quelconque rémunéré ou non;

d) quittent un hôpital ou un établissement de cure sans l'autorisation du médecin ou qui en sont licenciés disciplinairement par une disposition du médecin;

e) donnent de fausses indications au médecin, à leur employeur ou à la caisse;

f) ne suivent pas les instructions de la caisse;

g) transgressent l'obligation de se faire soigner par un médecin spécialiste de l'affection en question ;

h) transgressent l'obligation de réduire le dommage ;

i) contreviennent de façon réitérée aux dispositions réglementaires ou s'opposent aux instructions ou aux décisions des organes de la caisse.

Art. 22 Séjours à l'extérieur et changement de domicile

1 Un séjour temporaire hors du lieu de domicile dans le pays-même ou à l'étranger pendant la durée de perception des prestations de l'assurance n'est possible qu'avec l'assentiment de l'administration de la caisse, et avec l'indication du lieu de domicile.

2 Pendant la période de perception des prestations d'assurance, l'assuré doit annoncer immédiatement à la caisse tout changement éventuel durable du domicile, en indiquant en même temps la nouvelle adresse.

Art. 23 Comportement de l'assuré pendant l'incapacité de travail

1 En cas d'incapacité de travail d'une durée présumée supérieure à 3 jours, la personne assurée est tenu:

a) d'annoncer son incapacité de travail à son employeur le premier jour;

b) de demander un bulletin de maladie à son employeur;

c) de répondre sur le bulletin de maladie à toutes les questions la concernant;

d) d'exiger du médecin traitant un certificat médical;

e) de transmettre le bulletin de maladie et le certificat médical à l'employeur ou directement à la caisse, dès leur émission;

f) suivre strictement les prescriptions du médecin et se soumettre à d'éventuels examens du médecin de confiance ou à des traitements appropriés ordonnés par la caisse ;

g) une fois la capacité de travail recouvrée pleinement ou partiellement, de reprendre immédiatement le travail et de transmettre à l'employeur le certificat final du médecin traitant;

h) d'annoncer immédiatement à l'employeur ou à la caisse tout changement de médecin traitant durant l'incapacité de travail;

i) en cas d'incapacité de travail d'une durée supérieure à 30 jours à compter du début de l'incapacité de travail, de se faire adresser à un médecin spécialiste de l'affection concernée et de poursuivre le contrôle régulier ainsi que le traitement (toutes les 2 à 3 semaines) par ce médecin spécialiste, tout en suivant un traitement approprié. Toute dérogation à cette règle, notamment un transfert plus tardif ou des intervalles plus longs entre les traitements, doit être justifiée par le médecin spécialiste;

j) en cas d'incapacité de travail d'une durée supérieure à 90 jours depuis le début de l'incapacité de travail, déposer une demande de prestations AI pour adultes: Réadaptation professionnelle/Rente auprès de l'office AI du canton de domicile au plus tard 30 jours après réception du document de la caisse.

2 L'employeur est tenu de transmettre immédiatement à la caisse l'annonce de l'assuré concernant son incapacité de travail, le bulletin de maladie et les certificats médicaux, ainsi que l'avis final du médecin.

3 Le bulletin de maladie ou l'annonce d'absence de courte durée ainsi que le certificat médical en cas d'incapacité de travail de plus de 3 jours civils doivent être en possession de la caisse jusqu'au 10e jour civil, suivant le début de l'incapacité de travail. Pour les assurances prévoyant un début différé des prestations de la caisse, ce délai est prolongé de la durée du délai prévu par la convention. A défaut, la caisse est autorisée à refuser les indemnités journalières pour les jours d'incapacité de travail non annoncés à temps ou de limiter les prestations rétroactives aux dix derniers jours précédant la remise du bulletin de maladie et du certificat médical à la caisse.

4 La personne assurée est soumise à l'obligation de réduire le dommage et doit faire tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour contribuer à la réduction des prestations d'indemnités journalières et s'abstenir de tout ce qui pourrait entraîner une augmentation de celles-ci.

Art. 24 Paiement des indemnités journalières

1 Après réception du bulletin de maladie, la caisse annoncera à l'employeur si les indemnités journalières peuvent être versées, le cas échéant, pour quel montant et à compter de quel jour.

2 Le paiement de l'indemnité journalière par l'employeur doit avoir lieu, en règle générale, selon le même échelonnement que le salaire avant la maladie.

Art. 25 Incessibilité du droit aux indemnités journalières

Le droit aux indemnités journalières ne peut être ni cédé, ni donné en gage.

Art. 26 Abrogé

IV. Extinction de l'assurance

Art. 27 Extinction de l'assurance

L'assurance cesse:

a) par le décès de l'assuré;

b) par l'épuisement complet du droit aux prestations (exception : art. 15 al. 3);

c) à la fin du mois au cours duquel la personne assurée atteint l'âge de référence. Sur demande, la caisse peut différer la sortie de l'assurance de cinq ans au maximum. La demande de maintien de l'assurance doit être soumise à la caisse au plus tard 60 jours civils avant d'atteindre l'âge de référence. La caisse peut faire dépendre le maintien de l'assurance de la remise d'une déclaration de santé ou du résultat d'un examen médical et par analogie à l'art. 4, émettre des réserves d'assurance. L'art. 12 al. 6 demeure réservé;

d) pour les membres de l'assurance individuelle, avec la fin de la qualité de membres de la caisse, toutefois au plus tard à la fin du mois avant le début du bénéfice d'une rente vieillesse AVS;

e) pour les personnes employées assurées, par la fin du contrat du travail avec la maison-membre, l'employeur doit informer par écrit les assurés sortants, au plus tard au moment de leur sortie, des conditions de passage à l'assurance individuelle et du délai de 90 jours à respecter après la sortie;

f) par l'extinction de la qualité de membre de la caisse de l'employeur auprès duquel travaille l'assuré;

g) par suite d'exclusion pour des motifs graves.

Art. 28 Résiliation du contrat de travail

1 Si le contrat de travail de l'employé malade assuré est résilié pendant l'octroi de prestations de la caisse, l'assurance expire avec la fin de l'incapacité de travail attestée médicalement, au plus tard avec l'épuisement du droit aux prestations.

2 S'il existe une incapacité de travail partielle au moment de la résiliation des rapports de service, l'assurance continuera dans la même étendue. La personne assurée a le droit de s'assurer individuellement dans cette mesure selon art. 1, al. 6.

Art. 29 Contrats de travail à durée déterminée

Dans le cas d'un contrat de travail à durée déterminée, l'assurance ainsi que l'obligation de verser des prestations expire en tout cas avec la cessation du contrat de travail, même s'il existe une incapacité de travail attestée par un certificat médical.

V. Juridiction

Art. 30 Moyens de recours

1 Il peut être recouru auprès du Comité contre les décisions de la caisse. Le recours doit être fait par écrit et dûment motivé dans les 30 jours après réception de la disposition, et adressé à la caisse, à l'intention du Comité.

2 Il peut être recouru contre une décision du Comité dans les 30 jours, à dater de sa notification, auprès du Tribunal des Assurances du Canton de Bâle-Ville.

VI. Divers

Art. 31 Publications et sanctions

1 Les publications de la caisse sont faites par newsletter ou mémenti.

2 Les employeurs et les assurés sont tenus de se conformer aux publications et aux bulletins de la caisse. Pour tout dommage qui pourrait résulter de leur non observation, les auteurs eux-mêmes devront en répondre.

Art. 32 Entrée en vigueur

1 Ce règlement entre en vigueur le 1er janvier 2027 et remplace celui du 13 janvier 2026.

2 En cas de doute la version allemande s'applique.

Bâle, le 6 octobre 2026

CAISSE DE MALADIE POUR INDEMNITES JOURNALIERES EXFOUR



Le président: Thomas Ineichen