

Recueil des décisions de l'ASA	Assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie	Libre passage	Date : 1 janvier 2006 24 mars 2026 (trad. 22. avril 2026 (remplace l'édition du 1 ^{er} janvier 2006)
--------------------------------	--	---------------	--

Convention ASA de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie et réglementation des cas problématiques à la conclusion du contrat

Préambule	3
I. Assureurs autorisés à adhérer	3
Art. 1 Assureurs autorisés à adhérer	3
II. Libre passage	3
Art. 2 Champ d'application	3
Art. 3 Conditions de passage	4
Art. 4 Conditions de passage en cas de sinistres en cours	4
Art. 4^{bis} Obligation d'avancer les prestations	4
Art. 5 Exercice et traitement du droit au libre passage	5
Art. 6 Obligation de renseigner en cas d'offres	5
III. Procédure d'assignation en assurance d'indemnités journalières selon la LCA	6
Art. 6^{bis} Procédure d'assignation en assurance d'indemnités journalières selon la LCA	6
1 Définitions:	6
2 Obligations des parties contractantes selon la LCA:	7
3 Date de l'attribution	7
4 Conditions générales de l'attribution d'office	8
5 Règles en matière d'assignation de la partie contractante selon la LCA	8
6 Couverture d'assurance et détermination du taux de primes lors de l'attribution	9
7 Prescription du droit d'obtenir une autre attribution d'office	9
8 Entrée en vigueur du nouveau contrat et début du contrat	10
9 Durée du contrat	10
10 Déclaration sur l'honneur de l'employeur	Fehler! Textmarke nicht definiert.
11 Choix de l'instance d'attribution	11
12 Obligations de l'instance d'attribution	11
13 Financement de l'instance d'attribution	11
14 Obligations des parties contractantes	12
IV. Dispositions communes	12
Art. 7 Dispositions de nature organisationnelle	12
Art. 8 Peine conventionnelle / Exclusion	13
Art. 9 Litiges concernant l'application de la convention et voies de droit	13
Art. 10. Dispositions finales	14

Préambule

¹La présente convention a pour but de régler le passage d'une personne assurée à titre individuel en assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie dans une autre assurance du même type ou le passage d'effectifs de personnes assurées en assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie entre différents assureurs ayant adhéré à la présente convention.

²Sont réputés personnes assurées les travailleurs au sens de l'article 1a de la LAA (hors indépendants).

³La présente convention a pour but d'éviter des frais administratifs élevés aux assureurs ainsi que, du fait de la sélection des risques, des situations insoutenables aux personnes assurées et aux preneurs d'assurance.

^{3bis} Il s'agit également de garantir que les preneurs d'assurance qui ne trouvent pas d'assureur à la suite d'un refus de couverture au regard de leur sinistralité passée ou de leur secteur d'activité puissent souscrire une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie pour leur entreprise. À cette fin, la convention prévoit des règles portant sur les cas problématiques.

I. Assureurs autorisés à adhérer

Art. 1 Assureurs autorisés à adhérer

¹La convention est applicable aux assureurs adhérents, listés annexe 2 (la liste actuelle peut être consultée sur le site Internet de l'ASA [www.svv.ch]). Peuvent adhérer :

- les assureurs privés qui offrent des assurances d'indemnités journalières selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) et qui sont soumis à la loi sur la surveillance des assurances (LSA), ainsi que
- les assureurs-maladie qui détiennent une autorisation du Département fédéral de l'intérieur selon l'article 4 de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) pour pratiquer l'assurance-maladie sociale.

²L'adhésion doit être déclarée par écrit au centre opérationnel de l'ASA ou sous toute autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte.

II. Libre passage

Art. 2 Champ d'application

¹La convention s'applique aux contrats collectifs d'indemnités journalières selon la LCA et la LAMal (à l'exclusion des cas LAMal entre assureurs-maladie) dans les cas suivants :

- a) En cas de passage d'une **personne assurée à titre individuel** d'une assurance collective d'indemnités journalières dans une autre assurance collective d'indemnités journalières, lorsque ce passage porte sur un changement entre assureurs adhérents au sens de l'article 1 de la présente convention. La convention s'applique également lorsque le passage au nouvel assureur n'a pas lieu dans la foulée (sans interruption), mais au cours d'une phase sans contrat de trois (3) mois au maximum.
- b) En cas de résiliation d'un **contrat d'assurance collective d'indemnités journalières**, lorsque le passage implique un changement entre assureurs adhérents au sens de l'article 1 de la présente convention. La convention s'applique également lorsque le passage au nouvel assureur n'a pas lieu dans la foulée (sans interruption), mais au cours d'une phase sans contrat de six (6) mois au maximum.

c) En cas de passage d'une **personne assurée à titre individuel** d'une assurance individuelle d'indemnités journalières vers une assurance collective d'indemnités journalières, pour autant que la personne assurée ait initialement bénéficié d'un droit de passage d'une assurance collective d'indemnités journalières vers une assurance individuelle d'indemnités journalières. Le passage doit se faire sans interruption.

²L'assurance collective d'indemnités journalières au sens de la présente convention couvre les risques liés aux maladies et aux complications de la grossesse. Les indemnités versées à la suite de l'accouchement (allocation de naissance) en sont formellement exclues.

Art. 3 Conditions de passage

¹Dans les cas mentionnés à l'article 2, les assureurs adhérents s'engagent à accorder à toutes les personnes assurées jusqu'ici la couverture d'assurance prévue auprès du nouvel assureur.

²Le nouvel assureur ne peut pas formuler de nouvelles réserves d'assurance tant que l'employeur ne demande pas des indemnités journalières plus élevées, une durée de prestation plus longue ni un délai d'attente plus court. Les réserves ou exclusions formulées par les assureurs précédents peuvent être maintenues par le nouvel assureur.

³Si le nouvel assureur prévoit un échelonnement en fonction de l'âge d'entrée, est réputé âge d'entrée celui qu'avait la personne assurée lors de son entrée dans l'assurance du dernier assureur précédent, moyennant prise en considération des adaptations tarifaires dues à l'âge qui ont déjà eu lieu.

⁴En cas de passage d'une personne assurée à titre individuel qui a atteint l'âge AVS, les conditions de passage selon alinéa 1 sont valables uniquement si, au moment de l'affiliation auprès du nouvel assureur, la personne assurée en question disposait de son entière capacité de travail et que l'assurance de telles personnes est encore possible en vertu des CGA actuelles du nouvel assureur.

Art. 4 Conditions de passage en cas de sinistres en cours

¹Pour autant qu'elles soient liées par un contrat de travail, les personnes dont la capacité de travail n'est pas entière doivent, en dépit de dispositions divergentes contenues dans les conditions générales d'assurance (CGA) déterminantes, continuer de bénéficier de la couverture chez le nouvel assureur dans la mesure de leur capacité de travail existante.

²Les sinistres en cours passent au nouvel assureur dès la date du changement d'assurance, à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par l'assureur précédent, pour autant que la personne salariée soit employée au même taux d'occupation chez le nouvel employeur que chez le précédent. En cas d'engagement dans les limites de la capacité de travail résiduelle, l'assureur précédent prend en charge les prestations relevant du sinistre en cours.

³Les primes sont dues au nouvel assureur à partir de la date de passage.

⁴Si une personne assurée a perçu des indemnités journalières de son assureur précédent avant son transfert, celles-ci seront prises en compte par le nouvel assureur pour le calcul de la durée des prestations dans la mesure où il s'agit d'une rechute au sens de CGA de l'assureur précédent ou d'un sinistre en cours.

Art. 4^{bis} Obligation d'avancer les prestations

¹ En cas de désaccord quant à l'assureur compétent dans le cas considéré pour la prise en charge d'indemnités journalières en cas de maladie selon l'article 4 alinéa 2, l'assureur précédent est tenu de faire provisoirement l'avance des prestations. Si nécessaire, il enjoint le nouvel assureur, par écrit ou sous toute autre forme

permettant d'en établir la preuve par un texte, de procéder au versement des prestations.

Si les parties n'arrivent pas à se mettre d'accord dans les 30 jours suivant la première demande de versement des prestations, elles sont toutes deux habilitées à saisir la commission compétente au sens de l'article 9 afin que cette dernière émette une recommandation.

Si, après le dépôt de la demande de recommandation, les parties finissent par s'accorder sur l'intervenant compétent, elles en informent immédiatement la commission correspondante.

- ² L'obligation d'avancer les prestations incombant à l'assureur précédent porte sur le versement des indemnités journalières à concurrence du montant assuré jusqu'ici, conformément au délai d'attente et à la durée des prestations convenus dans ses CGA, ceci jusqu'à ce que l'intervenant compétent soit déterminé avec certitude conformément à l'alinéa 4 ci-dessous.
- ³ S'il s'avère par la suite que les prestations relevaient de la compétence du nouvel assureur, l'ancien assureur est en droit de réclamer au nouvel assureur le remboursement des prestations avancées à titre provisoire. Les assureurs concernés sont tenus de s'entendre sans délai sur le remboursement des prestations fournies. Le nouvel assureur est dans l'obligation de rembourser à l'assureur précédent l'intégralité des prestations que celui-ci a fournies dans le cadre d'un règlement de sinistre effectué « dans les règles de l'art » (y compris les prestations de coordination avec la LPP et l'AI). Cela comprend l'ensemble des frais liés aux indemnités journalières et autres prestations versées à la personne assurée, ainsi que les frais engagés par des tiers dans le cadre du règlement du sinistre (par exemple frais d'instruction).
- ⁴ L'obligation d'avancer les prestations incombant à l'assureur précédent prend fin dès que le nouvel assureur reconnaît sa compétence ou qu'une décision exécutoire a été rendue par un tribunal. En cas d'épuisement des prestations avant la reconnaissance de la compétence ou l'existence d'une décision judiciaire exécutoire, l'obligation d'avance de prestations incombant à l'assureur précédent prend fin, sous réserve de son droit de réclamer le remboursement des prestations qu'il a fournies.
- ⁵ L'avance provisoire de prestations par l'assureur précédent ne saurait se traduire par des retards ni porter préjudice à la personne assurée dans le cadre de la perception des prestations dues.

Art. 5 Exercice et traitement du droit au libre passage

- ¹ Les conditions de passage selon la présente convention doivent être accordées par le nouvel assureur sans que le preneur d'assurance ou la personne assurée qui change d'assureur n'aient à remplir une quelconque proposition.
- ² Après la cession du contrat, le nouvel assureur peut exiger de l'assureur précédent des informations sur l'étendue et la durée des prestations déjà perçues ainsi que sur les réserves existantes. L'ancien assureur est tenu de fournir ces renseignements dans les 10 jours ouvrables suivant la demande correspondante.

Art. 6 Obligation de renseigner en cas d'offres

- ¹ L'assureur invité à déposer une offre doit requérir auprès de l'assureur précédent des renseignements sur la durée du contrat, l'étendue de la couverture, les sommes des salaires prises en compte et l'historique des sinistres ainsi que sur les sinistres en cours et les réserves applicables. En l'espèce, les renseignements demandés se fondent sur l'annexe 1.
- ² L'assureur qui reçoit la demande de renseignements doit les fournir dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de celle-ci.
- ³ L'assureur qui reçoit la demande est tenu de fournir les renseignements en toute bonne foi. Si l'assureur précédent fournit de fausses informations, en particulier portant sur des prestations déjà versées et le nombre

de dossiers en cours, il est alors tenu de continuer de couvrir lui-même les sinistres en question, pour autant que le nouvel assureur n'ait pas eu connaissance des bonnes données d'une autre manière (par exemple dans la proposition) ou aurait pu les obtenir si la procédure de souscription s'était déroulée comme il se doit. Sont alors déterminantes les connaissances disponibles au moment de l'octroi des renseignements.

- ⁴ Sur demande, l'assureur précédent doit communiquer toute modification survenue entre le moment où il a fourni les informations demandées et le début du contrat chez le nouvel assureur. Ces renseignements relèvent également des dispositions de l'article 6 alinéa 3.

III. Procédure d'assignation en assurance d'indemnités journalières selon la LCA

Art. 6^{bis} Procédure d'assignation en assurance d'indemnités journalières selon la LCA

1 Définitions :

Aux fins des dispositions suivantes, on entend par :

- (a) « **Partie contractante** », un assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, signataire de la présente convention.
- (b) « **Partie contractante selon la LCA** », un assureur relevant de la LSA ou de la LAMal qui propose l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA et est signataire de la présente convention.
- (c) « **Partie contractante selon la LAMal** », un assureur qui propose uniquement des assurances selon la LAMal.
- (d) « **Assurance IJM** », une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie.
- (e) « **Assurance LCA** », un « contrat LCA » ou un « contrat d'assurance selon la LCA », à savoir une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon les dispositions de la LCA.
- (f) « **Assurance LAMal** », un « contrat LAMal » ou un « contrat d'assurance selon la LAMal », à savoir une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon les dispositions de la LAMal.
- (g) « **Augmentation du taux de primes de 200%** », un triplement du taux de primes.
- (h) « **Nouveau contrat** », un contrat conclu selon la LCA à la suite d'une attribution/assignation.
- (i) Il y a « **faute propre** » de l'employeur à la suite de la résiliation par l'assureur en cas :
 - (i.) de réticence (article 6 LCA, article 69 LAMal) ; ou
 - (ii.) de prime non payé (article 21 LCA ; article 64a LAMal), ou
 - (iii.) de fraude à l'assurance (article 40 LCA ; article 43a LAMal en relation avec l'article 25 LPGa), ou
 - (iv.) de dol au détriment de l'assureur (article 28 CO) ;
 - (v.) de résiliation pour justes motifs par l'assureur (article 35b LCA).
- (j) « **Employeur sans contrat** », un employeur qui,
 - sans qu'une faute propre ne puisse lui être reprochée [cf. lettre (i)] ne dispose pas d'une assurance LCA ou n'en disposera pas et qui,

- lorsqu'il a tenté de souscrire une assurance LCA, a essuyé un refus auprès d'au moins trois (3) parties contractantes selon la LCA, et qui
 - ne figure pas sur une «liste des sanctions» à la suite de sanctions, d'interdictions ou de restrictions économiques de la Confédération suisse ou de la Principauté du Liechtenstein, des Nations Unies et de ses organisations, de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe et/ou des principaux partenaires commerciaux de la Suisse, tels que l'Union européenne, le Royaume-Uni, les États-Unis d'Amérique, etc., ou dont la direction ou le conseil d'administration/comité de direction compte des personnes figurant nommément sur de telles «listes des sanctions».
- (k) « **Employeur sans contrat avec assureur précédent** », un employeur sans contrat [cf. lettre (j)] qui, après avoir refusé une offre pour l'assurance selon la LCA existante émise par son assureur précédent, lequel est également partie contractante selon la LCA, se retrouve ou va se retrouver sans contrat à la suite d'une augmentation du taux de primes supérieure à 200%, ou auquel l'assureur précédent a résilié le contrat sans lui soumettre une nouvelle offre de primes et sans que la résiliation ne relève d'une faute propre de sa part. Demeurent réservées les adaptations des taux de primes convenues ne donnant pas droit à résiliation.
- (l) « **Instance d'attribution** », l'organisme chargé d'affecter les employeurs sans contrat aux parties contractantes conformément à la présente convention.
- (m) « **Employeur attribué** », un employeur qui a été attribué par l'instance d'attribution à une partie contractante selon la LCA.
- (n) « **Partie contractante assignée** », une partie contractante selon la LCA à laquelle un employeur sans contrat a été attribué conformément à la présente convention.

2 Obligations des parties contractantes selon la LCA

- (1) Les parties contractantes selon la LCA s'engagent à mettre en place une procédure d'assignation pour les employeurs sans contrat conformément aux dispositions du présent article 6^{bis} et à assurer les employeurs sans contrat conformément aux dispositions ci-après.
- (2) À cette fin, elles constituent une instance d'attribution.
- (3) Les informations relatives à l'instance d'attribution seront publiées sur le site Internet de l'Association Suisse d'Assurances ASA (www.svv.ch).
- (4) La procédure d'assignation obéit aux dispositions des chiffres suivants du présent article 6^{bis}. Elle ne s'applique pas aux contrats d'assurance selon la LAMal de parties contractantes selon la LCA, sous réserve de dispositions contraires prévues expressément ci-après.

3 Date de l'attribution

- (1) Sous réserve des dispositions selon l'alinéa (2) ci-après, les employeurs sans contrat peuvent à tout moment demander une attribution d'office.
- (2) Si l'employeur résilie un contrat selon la LCA ou la LAMal ou s'il refuse une offre de son assureur à la suite de l'adaptation du taux de primes de l'assurance selon la LAMal, les dispositions suivantes s'appliquent :
 - (a) Si l'employeur dénonce un contrat d'assurance après avoir reçu une offre présentant un relèvement du taux de primes supérieur à 200% à couverture équivalente ou s'il refuse une offre de son assureur présentant une adaptation du taux de primes de plus de 200%, l'alinéa 1 est alors applicable. En l'espèce, il faut joindre l'ancienne police ainsi que la nouvelle offre avec les taux de primes correspondants.

- (b) Dans tous les autres cas de figure, l'attribution ne peut être demandée avant l'expiration d'un délai de carence de six (6) mois à partir de l'expiration de l'ancien contrat. En cas de rejet de l'offre soumise par l'assureur assigné dans le cadre de l'attribution, le délai de carence s'élève à six (6) mois à partir de la date à laquelle le contrat proposé par la partie contractante selon la LCA aurait pris fin (cf. point 9 (1) ci-après).

4 Conditions générales de l'attribution d'office

- (1) Lors du dépôt de leur demande, les employeurs sans contrat doivent prouver qu'ils n'ont reçu aucune offre d'assurance d'au moins trois (3) parties contractantes selon la LCA. Les refus de couverture doivent être joints à la demande.
- (2) Lors du dépôt de leur demande, les employeurs sans contrat doivent attester par écrit qu'au cours des cinq (5) dernières années civiles, ils n'ont fait l'objet d'aucune résiliation d'un contrat d'assurance selon la LCA ou la LAMal à la suite d'une réticence [point 1 lettre (i),(i.)], d'une fraude à l'assurance [point 1 lettre (i),(iii.)] ou d'un dol [point 1 lettre (i),(iv.)]. Si la résiliation découle d'une faute propre à la suite du non-paiement de primes, le délai correspondant est ramené à deux (2) années civiles [point 1 lettre (i), (ii.)]. Les indications correspondantes doivent être communiquées à l'instance d'attribution et à l'assureur assigné. À l'égard de l'assureur assigné, la confirmation vaut déclaration précontractuelle au sens des articles 4 et suivants de la LCA. L'instance d'attribution attire l'attention de l'employeur sans contrat sur l'importance de cette confirmation.
- (3) La lettre de résiliation ainsi que l'attestation d'annulation du dernier contrat selon la LAMal doivent être jointes au dossier, sous réserve qu'un tel contrat ait existé au cours des cinq (5) dernières années.

5 Règles en matière d'assignation de la partie contractante selon la LCA

5.1 Règles générales en matière d'assignation

- (1) Les employeurs sans contrat ayant eu un assureur par le passé [cf. point 1 lettre (k)] relèvent de cet **assureur précédent**. Cette règle s'applique pendant les six (6) mois suivant l'expiration du dernier contrat selon la LCA. Par la suite, c'est la règle selon l'alinéa (2) ci-après qui s'applique.
- (2) Les employeurs sans contrat n'ayant pas eu d'assureur par le passé se voient attribués à une partie contractante selon la LCA assignée **en suivant l'ordre alphabétique**, le cas échéant en respectant le délai de carence de six (6) mois [cf. ci-dessus, point 3, (2), (b) ou l'alinéa 1 ci-avant, ci-après point 7, (2)].

5.2 Exceptions à l'assignation selon l'ordre alphabétique

- (1) Si la prime annuelle probable de l'employeur à assurer excède un pour mille (1‰) du volume des primes annuelles de l'assureur assigné selon l'ordre alphabétique, l'instance décisionnelle attribue l'employeur sans contrat à l'assureur suivant. Les parties contractantes selon la LCA n'ayant pu être assignées en raison de la limite d'un pour mille (1‰) sont prises en compte lors de la prochaine attribution où la limite d'un pour mille (1‰) n'est pas dépassée. Si, en raison de la limite d'un pour mille (1‰), un employeur sans contrat ne peut exceptionnellement être attribué à aucun assureur selon les règles ci-dessus en raison d'une prime annuelle très élevée, est alors assigné l'assureur suivant selon l'ordre alphabétique en cours qui, en vertu du rapport FINMA sur les assureurs, détient une part de marché supérieure à quatre (4) pour cent à la date de l'attribution.
- (2) L'instance d'attribution évalue le volume des primes du portefeuille considéré en s'appuyant sur les derniers chiffres publiés dans le Rapport de la FINMA sur les assureurs.

6 Couverture d'assurance et détermination du taux de primes lors de l'attribution

6.1 Employeur attribué à l'assureur précédent

- (1) La couverture reprend à minima l'étendue de la couverture accordée selon l'ancienne police. Les parties au contrat sont libres de s'entendre sur des adaptations du délai d'attente, du montant des prestations ou de leur durée. En cas d'adaptation, les taux de primes, qui sont calculés à partir de la majoration due au titre de la couverture d'assurance inchangée, doivent alors être ajustés en fonction des risques.
- (2) De nouvelles réserves excluant certaines personnes de la couverture sont interdites, même si les CGA de l'assureur assigné en autoriseraient. Les restrictions de prestations ou les exclusions générales stipulées dans les CGA (ne portant pas sur des personnes en particulier ; par exemple en cas d'épuisement des prestations ou d'âge maximal) sont toutefois autorisées conformément aux CGA en vigueur à la conclusion du contrat [voir également l'alinéa (4)] suivant.
- (3) À couverture d'assurance inchangée, l'assureur précédent assigné peut relever le dernier taux de primes contractuel en vigueur de 200% au maximum. Cette disposition est également applicable si l'offre initiale prévoyait un relèvement du taux de primes supérieur à 200%. En présence de plusieurs catégories de personnes, la règle de majoration s'applique à chaque catégorie.
- (4) Pour le reste, les CGA en vigueur au moment de la signature du nouveau contrat sont déterminantes, sous réserve des dispositions ressortant du point 9. L'employeur ne saurait demander à déroger à ces CGA.

6.2 Employeur attribué selon l'ordre alphabétique

- (1) Les employeurs attribués peuvent souscrire une couverture d'assurance assortie d'un délai d'attente de 30 jours et des prestations correspondant à 80% de la masse salariale assurée avec une durée des prestations de 720 ou 730 jours (déduction faite du délai d'attente).
- (2) Les parties au contrat sont libres de s'entendre sur des adaptations du délai d'attente, du montant des prestations ou de leur durée ; l'assureur selon la LCA n'y étant toutefois aucunement obligé. Ne relèvent pas de cette règle toutes dispositions divergentes portant sur le montant des prestations convenu dans le cadre d'accords passés avec les partenaires sociaux. Ceux-ci sont contraignants pour l'assureur selon la LCA.
- (3) De nouvelles réserves individuelles sont admises, pour autant que le contrat selon la LCA couvre au maximum 5 personnes au moment de l'examen de la proposition et que les CGA en prévoient. Les restrictions de prestations ou les exclusions générales stipulées dans les CGA (ne portant pas sur des personnes en particulier ; par exemple en cas d'épuisement des prestations ou d'âge maximal) sont toutefois autorisées conformément aux CGA (voir également l'alinéa (5) ci-après).
- (4) Les CGA en vigueur au moment de la conclusion du contrat sont déterminantes. L'employeur ne saurait demander à y déroger.
- (5) La partie contractante selon la LCA qui a été assignée doit appliquer un taux de primes adapté aux risques. En présence de plusieurs catégories de personnel, des taux de primes différents sont autorisés.

7 Prescription du droit d'obtenir une autre attribution d'office

- (1) Un employeur sans contrat n'a droit qu'à une seule attribution. Il n'est pas habilité à refuser l'assureur qui lui a été attribué.
- (2) Si l'employeur sans contrat rejette l'offre de l'assureur assigné, il ne peut demander une nouvelle attribution qu'à l'expiration d'un délai de carence de six (6) mois au plus tôt à compter de la date à laquelle le contrat conclu sur la base de cette offre aurait pris fin (cf. point 9 ci-après).

8 Entrée en vigueur du nouveau contrat et début du contrat

8.1 En cas d'attribution à l'assureur précédent

- (1) La nouvelle offre de l'assureur assigné est valable trois mois à partir de sa date d'établissement.
- (2) Le nouveau contrat à conclure résultant de l'attribution entre en vigueur dès réception de l'offre dûment signée/de la proposition dûment signée, dans la mesure où celle-ci parvient à l'assureur assigné pendant la durée de validité de l'offre.
- (3) L'assurance entre en vigueur au plus tôt le jour civil suivant le dépôt de la demande auprès de l'instance d'attribution, pour autant que l'offre signée/la proposition signée parvienne à l'assureur assigné dans les 30 jours suivant l'établissement de l'offre par celui-ci. Dans le cas contraire, l'assurance prend effet le jour suivant la réception par l'assureur assigné du contrat d'assurance dûment signé.
- (4) En cas de dépôt de la demande avant l'expiration du contrat précédent, l'assurance entre en vigueur au plus tôt le premier jour suivant la fin du contrat précédent, pour autant que la demande/l'offre dûment signée par l'employeur soit parvenue à l'assureur assigné avant cette date. Si ce n'est pas le cas, la date de prise d'effet de l'assurance est régie par les alinéas précédents du présent point.

8.2 En cas d'attribution selon l'ordre alphabétique

- (1) La nouvelle offre de l'assureur assigné est valable trois mois à partir de sa date d'établissement.
- (2) Le nouveau contrat à conclure résultant de l'attribution entre en vigueur dès réception du contrat dûment signé, dans la mesure où celui-ci parvient à l'assureur assigné pendant la durée de validité de l'offre. Si un examen de santé s'avère nécessaire, le contrat d'assurance entre en vigueur à l'issue de l'examen médical et, en cas de formulation d'une réserve, après réception par l'assureur assigné de la réserve dûment signée.
- (3) L'assurance prend effet le jour suivant celui où les conditions prévues à l'alinéa (2) ci-avant sont remplies.
- (4) En cas de délai de carence conformément au point 3, (2), (b), l'assurance prend effet au plus tôt le jour civil suivant l'expiration du délai de carence, pour autant que la proposition signée par l'employeur/l'offre signée par l'employeur ait déjà été reçue par l'assureur assigné pendant le délai de carence et qu'un éventuel examen de santé ait été effectué ou qu'une éventuelle réserve signée ait été reçue par l'assureur.

9 Durée du contrat

- (1) Les contrats résultant d'une attribution sont conclus pour une durée initiale de deux (2) ans au minimum (durée contractuelle fixe pour les deux parties au contrat).
- (2) Pendant cette durée initiale, l'assureur assigné renonce à son droit de résiliation ordinaire (par exemple droit de résiliation annuel) et à son droit de résiliation en cas de sinistre, même si cela contrevient à ses CGA en vigueur.
- (3) Il est habilité à relever le taux de primes pendant la durée contractuelle initiale conformément à la clause d'adaptation des primes (CAP), pour autant que cette augmentation n'excède pas 200%. Aucune autre augmentation du taux de primes (par exemple, ajustement des rabais/suppléments) n'est autorisée pendant la durée contractuelle initiale.
- (4) À l'exception du droit de résiliation en cas de sinistre, les droits de résiliation extraordinaires demeurent pleinement applicables.

10 Renseignements véridiques de l'employeur

(1) L'employeur sans contrat qui demande l'attribution d'office :

- (a) est tenu de fournir des informations véridiques à l'instance d'attribution sur l'existence d'une éventuelle assurance selon la LCA ou la LAMal au cours des cinq (5) années civiles précédant la demande d'attribution d'office et
- (b) doit délivrer à l'instance d'attribution une procuration par laquelle il
 - (i.) l'autorise à vérifier ses indications auprès du dernier assureur connu ; et
 - (ii.) délie le dernier assureur selon la LAMal connu de toute obligation de garder le secret à l'encontre de l'instance d'attribution en ce qui concerne la conclusion, la durée et la résiliation de l'ancien contrat, que cet assureur précédent soit ou non signataire de la présente convention. L'assureur précédent doit être autorisé à fournir des informations détaillées sur les circonstances de la résiliation du contrat ainsi qu'à transmettre à l'assureur assigné les renseignements dont il dispose en qualité d'assureur précédent conformément aux articles 5 et 6 ainsi qu'à l'annexe 1 de la présente convention.

(2) Si l'employeur sans contrat fournit de fausses informations à l'instance d'attribution ou refuse de coopérer (notamment en ne délivrant pas de procuration), il perd son droit à l'attribution d'office.

(3) Si les informations qu'il a fournies s'avèrent inexactes a posteriori, l'assureur bénéficie des droits prévus dans la LCA et le CO.

11 Choix de l'instance d'attribution

(1) L'instance d'attribution est désignée par le comité assurance-maladie et accident (« Ausschuss Franken und Unfall » ; « **AKU** ») de l'ASA.

(2) L'AKU peut consulter au préalable les compagnies non-membres de l'ASA.

12 Obligations de l'instance d'attribution

(1) Dans le cadre de la présente convention, l'instance d'attribution s'acquitte des tâches qui lui sont confiées conformément à ses obligations. En particulier, les attributions doivent être réalisées dans les meilleurs délais après le dépôt de la demande correspondante.

(2) Lors de l'attribution selon l'ordre alphabétique, l'instance d'attribution doit notamment vérifier l'exactitude des informations fournies conformément au point 4 alinéa (2) et, à la demande de l'assureur assigné, renseigner ce dernier en conséquence.

(3) Les détails sont consignés dans un contrat de prestation de services correspondant conclu entre l'ASA et l'instance d'attribution.

(4) Le contrat de prestations de services entre en vigueur après approbation par l'AKU.

(5) L'AKU peut consulter en amont les compagnies qui ne sont pas membres de l'ASA.

13 Financement de l'instance d'attribution

(1) L'instance d'attribution est financée par les parties contractantes selon la LCA. Le financement s'effectue

- (a) au moyen d'une contribution fixe (« contribution de base »), qui doit être versée à parts égales par toutes les parties contractantes selon la LCA, ainsi que par

- (b) une indemnité (« taxe ») que l'instance d'attribution facture aux assureurs ou à l'employeur lors de l'attribution, conformément aux dispositions suivantes. La taxe doit permettre la couverture des frais engagés.
- (2) En cas d'assignation de l'assureur précédent, la taxe est alors à sa charge.
- (3) En cas d'assignation d'un assureur selon l'ordre alphabétique, la taxe est à la charge de l'employeur sans contrat si celui-ci n'a pu déposer une demande d'attribution qu'après un délai de carence de six (6) mois. La taxe doit être acquittée en amont lors du dépôt de la demande d'attribution.
- (4) Dans tous les autres cas, la taxe est financée par la contribution de base.
- (5) L'instance d'attribution établit un budget annuel.
- (6) Le comité Maladie et accidents approuve le budget de l'instance d'attribution et fixe pour l'année civile suivante le montant de la contribution de base ainsi que celui de la taxe due par attribution.

14 Obligations des parties contractantes

- (1) Les parties contractantes sont tenues de mentionner le motif de résiliation dans la lettre de résiliation de l'assurance selon la LCA ou la LAMal, dans la mesure où la résiliation est due à une faute propre de l'employeur.
- (2) Si aucune offre n'est adressée à l'employeur, le refus de couverture doit lui être communiqué par écrit ou sous toute autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte.
- (3) Les parties contractantes s'engagent à fournir des informations à l'instance d'attribution, pour autant que la procuration correspondante ait été délivrée.
- (4) Les parties contractantes selon la LCA sont tenues de se conformer aux instructions de l'instance d'attribution et de soumettre à l'employeur attribué une nouvelle offre conforme aux dispositions de la présente convention. Elles ne sont pas autorisées à refuser un employeur attribué d'office, sauf en cas d'exceptions prévues au point 5.2 Exceptions à l'assignation selon l'ordre alphabétique.
- (5) Les parties contractantes selon la LCA sont tenues de participer au financement de l'instance d'attribution conformément au point 13 (1) à (6) et de l'indemniser intégralement. Cela vaut également dans le cas où un employeur sans contrat engagerait une procédure judiciaire à l'encontre de l'instance d'attribution en rapport avec une attribution d'office ou son refus.

IV. Dispositions communes

Art. 7 Dispositions de nature organisationnelle

- (1) L'AKU est compétent pour toutes les questions soulevées entre les parties contractantes et portant sur la présente convention ainsi que celles en lien avec l'instance d'attribution. Demeurent réservées les dispositions de la présente convention qui prévoient une autre compétence ; en particulier, l'examen des litiges conformément à l'article 9 alinéa 1 qui incombe à la Commission Droit et Politique sociale (« Kommission Recht und Sozialpolitik » ; « RSK ») de l'ASA.
- (2) L'AKU est habilité à consulter en amont des parties contractantes non représentées en son sein ou à les associer à la prise de décision.
- (3) L'AKU prend ses décisions relatives à la présente convention conformément au règlement d'organisation en vigueur lors de la prise de décision.

- (4) Si l'AKU décide d'impliquer l'ensemble des parties contractantes dans la prise de décision ou, si celle-ci porte sur le mécanisme d'attribution, l'ensemble des parties contractantes selon la LCA, la décision peut alors être prise par voie de circulaire, par écrit ou sous toute autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte, ou lors d'une réunion en présentiel, en distanciel ou encore hybride. Si le comité Maladie et accidents opte pour une réunion en présentiel, la participation en distanciel est exclue. Les décisions sont prises à la majorité simple des compagnies participantes ; lors des réunions en présentiel, à la majorité simple des parties présentes. Les réunions doivent être convoquées avec un préavis de 20 jours. La représentation d'une partie contractante par une autre partie contractante ou par un tiers est exclue.
- (5) L'interlocuteur au sein de l'ASA est le chef ou la cheffe de l'assurance-maladie accidents. L'interlocuteur d'une partie contractante est la personne désignée comme telle auprès de l'ASA. Il incombe aux parties contractantes de communiquer sans délai à l'ASA tout changement concernant les interlocuteurs attitrés.
- (6) Les échanges entre l'ASA et les parties contractantes selon la LCA et/ou l'instance d'attribution s'effectuent par écrit ou sous toute autre forme permettant d'en établir la preuve par un texte.
- (7) Les informations relatives à l'instance d'attribution et les modalités de dépôt de la demande d'attribution sont publiées sur le site web de l'ASA ([L'Association Suisse d'Assurances | ASA](#)).

Art. 8 Peine conventionnelle/Exclusion

- (1) Si une partie contractante ne respecte pas ses obligations conformément aux dispositions des points 4^{bis} ou 6^{bis} de la présente convention, elle doit alors acquitter une peine conventionnelle s'élevant à 150 000 CHF [cf. alinéa (3)]. La peine conventionnelle est due indépendamment de tout dommage. Elle est exigible dès la survenance du manquement et n'est pas imputée sur les dommages-intérêts. La partie lésée se réserve expressément le droit de réclamer l'intégralité des dommages-intérêts.
- (2) Si une partie contractante manque de manière répétée à ses obligations ou si le premier manquement est d'une gravité telle qu'une exclusion est justifiée, elle risque alors l'exclusion de la présente convention avec effet immédiat [cf. alinéa (4)].
- (3) La peine conventionnelle est infligée par l'AKU, après examen préalable du cas par la RSK. Dans le cadre de la procédure d'expertise, la partie incriminée doit être entendue par la RSK. L'AKU peut entendre en amont les parties contractantes qui ne sont pas représentées en son sein et/ou les associer à la prise de décision (cf. article 9). La partie concernée se récuse. La peine conventionnelle est perçue par l'ASA et affectée comme il se doit au financement des mesures prévues par la présente convention.
- (4) Après examen préalable du cas par la RSK, l'AKU se prononce sur l'exclusion ou non de la convention lors d'une réunion en présentiel, en distanciel ou hybride, à laquelle toutes les parties contractantes sont invitées. Dans le cadre de l'examen de son dossier, la partie contractante faisant l'objet de l'exclusion doit être entendue par la RSK. L'exclusion d'une partie contractante requiert une majorité des deux tiers des parties contractantes participant à la réunion, la partie incriminée se refusant. Pour le reste, les dispositions de l'article 9 s'appliquent.

Art. 9 Litiges concernant l'application de la convention et voies de droit

¹Les litiges portant sur l'application de la présente convention seront soumis à l'examen de la commission Droit et politique sociale de l'ASA (RSK). Lorsque la RSK est saisie d'un litige, elle ne se prononce pas sur les taux de primes ni sur leur adéquation.

²La RSK émet une recommandation écrite à l'intention des parties concernées.

³Le droit de saisir la RSK appartient à l'assureur précédent et au nouvel assureur et/ou à l'AKU. En cas de litige

en lien avec l'attribution d'office (sectionMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMCDXVI Art. 6bis Procédure
d'assignation en assurance d'indemnités journalières selon la LCA de la présente convention), ce droit peut
également revenir à l'employeur concerné et/ou à l'instance d'attribution.

Art. 10 Dispositions finales

- ¹ La convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027 si les parties contractantes qui y ont adhéré détiennent à cette date une part d'au moins 90% du marché suisse de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie. Les primes indiquées dans le dernier rapport de la FINMA sur les assureurs ou dans le rapport de l'OFSP correspondant font foi. Les employeurs qui, après avoir refusé une offre d'ajustement des primes ou à la suite d'une résiliation par l'assureur actuel au 31 décembre 2026, se trouvent au 1^{er} janvier 2027 sans contrat, ceci sans faute propre au sens de l'article 6^{bis} point 1 lettre (i) peuvent demander une attribution selon l'ordre alphabétique au plus tôt à partir du 1^{er} juillet 2027.
- ² S'agissant du rapport entre assureurs qui ont adhéré à la présente convention, celle-ci remplace la convention de libre passage conclue entre l'ASA et santésuisse le 1^{er} janvier 2006. Elle vaut pour les cas de passage selon l'article 2 ainsi que pour les attributions d'office selon l'article 6^{bis} qui surviennent après l'entrée en vigueur de la convention. Les déclarations d'adhésion doivent être adressées au centre opérationnel de l'ASA.
- ³ Si un assureur entend résilier la convention, il peut déclarer son retrait pour la fin d'une année civile moyennant le respect d'un préavis de douze mois, par pli recommandé adressé au centre opérationnel de l'ASA. Pour l'assureur qui se retire de la convention, celle-ci demeure applicable pour tous les cas de passage qui surviennent avant la fin de l'année en question, même si leur règlement n'intervient qu'après le moment susmentionné. Les attributions ont lieu même pendant le délai de résiliation.
- ⁴ Les assureurs selon la LSA ou la LSAMal qui pratiquent l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA ne peuvent adhérer à la convention que dans son intégralité (article 6^{bis} compris) ou la résilier dans son intégralité (article 6^{bis} compris).
- ⁵ L'article 6^{bis} ne s'applique pas aux parties contractantes qui pratiquent l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie exclusivement selon les dispositions de la LAMal. Elles peuvent néanmoins adhérer à la présente convention.
- ⁶ Les dispositions relatives au mécanisme d'attribution selon l'article 6^{bis} feront l'objet d'un nouvel examen après une période transitoire de cinq (5) ans et seront adaptées au besoin. La responsabilité en incombe à l'AKU.