santésuisse | Bildung
Formation

Examen professionnel pour le/la spécialiste en assurance-maladie avec brevet fédéral, du 9 au 12 mai 2022

Candidat/e: _____ **N°** _____

1er examen **Module A, B, C et D**

Durée: 90 minutes

Moyens auxiliaires: Annuaire de l'assurance-maladie suisse 2021
Calculatrice de poche simple
Extrait de la LCA

Évaluation:

	Points max.	Points obtenus	Note
Note du 1er examen	**73**		

Visa des experts:

Remarques:

Sauf si cela est expressément demandé, les réponses se limitant à la mention d'une disposition légale (article) seront considérées comme insuffisantes.

Lorsque des articles de loi sont demandés, il faut citer l'article, l'alinéa et éventuellement d'autres précisions complémentaires (chiffres, lettres, etc.).

Les candidat(e)s doivent obligatoirement utiliser un stylo à bille ou à encre (non effaçable) de couleur bleue ou noire pour l'examen!

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 1 (3 points)

Monsieur C. est assuré auprès de l'assureur-maladie V., un assureur régional. Monsieur C. a changé de domicile au 1er avril 2022 et réside désormais en dehors de la zone d'activité de l'assureur-maladie V.

Il était assuré comme suit jusqu'au 31 mars 2022 auprès de l'assureur-maladie V.:

- AOS avec franchise à option de CHF 2000.-
- Assurance complémentaire d'hospitalisation «privée» avec expiration du contrat au 31 décembre 2023

Comme Monsieur C. n'était pas satisfait de l'assureur-maladie V., il a signé le 22 mars 2022, avec début au 1er avril 2022, une proposition pour l'AOS auprès de l'assureur-maladie M., avec une franchise légale de CHF 300.-, ainsi qu'une proposition pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation, avec expiration du contrat au 31 décembre 2024.

Monsieur C. est en parfaite santé, mais il a des arriérés (ayant fait l'objet d'un rappel) de plus de CHF 1400.- pour l'AOS auprès de l'assureur-maladie V. Toutes les primes de l'assurance complémentaire d'hospitalisation ont été payées.

Répondez aux questions ci-dessous et justifiez vos réponses en 1 ou 2 phrases.

a) Le changement d'assurance dans l'AOS est-il valable?

b) Le changement d'assurance dans l'AOS est-il possible avec une franchise plus basse?

c) Le changement est-il valable pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation?

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 2 (1 point)

La loi révisée sur le contrat d'assurance (LCA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2022 (Extrait en annexe).

Madame B. a conclu au 1er janvier 2022 une assurance complémentaire d'hospitalisation semi-privée auprès de l'assureur-maladie A., avec expiration du contrat au 31 décembre 2026.

Pour quelle date au plus tôt Madame B. peut-elle résilier cette assurance complémentaire si toutes les primes sont payées et qu'aucun sinistre ne survient?

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 3 (2 points)

La loi révisée sur le contrat d'assurance (LCA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2022 (Extrait en annexe).

Indiquez si les affirmations suivantes concernant la LCA sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmations	Vrai	Faux
Celui qui fait à l'entreprise d'assurance une proposition de contrat d'assurance privé est lié pendant 14 jours.		
Celui qui fait à l'entreprise d'assurance une proposition de contrat d'assurance privé dispose d'un délai de révocation de 14 jours à compter de la date de conclusion du contrat.		
Celui qui fait à l'entreprise d'assurance une proposition de contrat d'assurance privé dispose d'un délai de révocation de 14 jours à compter de la date de la proposition.		
Dans l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, seul le preneur d'assurance peut faire usage du droit de résiliation ordinaire ou du droit de résiliation en cas de dommage.		

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 4 (4 points)

Indiquez si les affirmations suivantes à propos des «formes particulières d'assurance dans l'AOS» sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.
Dans le cas des affirmations où vous avez coché «faux», justifiez votre réponse en 1 ou 2 phrases.

a) Les assureurs peuvent proposer différentes franchises à option par canton.

☐ Vrai
☐ Faux

Justification

_____

b) Les assureurs peuvent proposer une offre sans quote-part à partir d'une franchise à option de CHF 1500.

☐ Vrai
☐ Faux

Justification

_____

c) Si des franchises annuelles différentes ont été choisies pour les enfants assurés auprès d'un même assureur, le montant maximal de la participation aux coûts pour tous les enfants s'élève au maximum au double du montant maximal pour 1 enfant.

☐ Vrai
☐ Faux

Justification

_____

d) L'assurance avec bonus ne peut être proposée ni en association avec une franchise à option au sens ni avec une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations.

☐ Vrai
☐ Faux

Justification

_____

_____

e) La prime initiale de l'assurance avec bonus est de 10% plus élevée que celle de l'assurance ordinaire. Ceci est également valable si l'assuré n'a bénéficié d'aucune prestation au cours des années précédant la conclusion de l'assurance avec bonus.

☐ Vrai
☐ Faux

Visa: ..... points: ☐

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 5 (2 points)

Les assureurs ont l'obligation d'offrir la possibilité de s'affilier à l'assurance-maladie sociale également aux personnes tenues de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.

Citez 2 conditions devant être remplies pour qu'un assureur puisse être exceptionnellement exempté de tout ou partie de ladite obligation et indiquez la base juridique déterminante.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 6 (2 points)

Les conditions à remplir par un assureur pour pouvoir pratiquer l'assurance-maladie sociale figurent à l'art. 5 LSAMal (conditions d'autorisation).

Cette autorisation peut-elle être retirée? Justifiez votre réponse en 2 ou 3 phrases.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 7 (2 points)

Dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer.

Citez 2 tâches ou compétences des cantons en relation avec le respect de l'obligation de s'assurer.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 8 (3 points)

Pour être autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs doivent notamment respecter le principe de l'égalité de traitement.

Expliquez en 2 ou 3 phrases ce que l'on entend par «principe de l'égalité de traitement» au sens de la surveillance dans l'assurance-maladie et indiquez l'article d'ordonnance faisant foi.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 9 (5 points)

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3, al. 1, LAMal). L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) prévoit d'autres catégories de personnes qui sont soumises à l'obligation de s'assurer en Suisse ou qui peuvent s'y soumettre sur demande.

Pour chaque cas, indiquez dans le tableau ci-dessous le début de l'obligation de s'assurer et la base juridique déterminante dans l'OAMal. S'il y a lieu, partez toujours du principe que l'affiliation est intervenue dans les délais impartis.

Catégorie de personnes	Début de l'obligation de s'assurer	Article de l'ordonnance
Ressortissante étrangère exerçant une activité dépendante dont l'autorisation de courte durée est valable moins de trois mois		
Diplomate jouissant de privilèges en vertu du droit international qui souhaite être soumis à l'assurance suisse		
Ressortissante étrangère détentrice d'une autorisation d'établissement d'au moins 3 mois		
Personne admise à titre provisoire		
Salariée ressortissante d'un pays membre de l'UE ou de l'AELE et exerçant une activité lucrative en Suisse pendant moins de 3 mois		

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 10 (3 points)

Lorsque l’affiliation a lieu dans le délai prévu, l'assurance (AOS) déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse.

Expliquez quelles peuvent être les conséquences en cas d’affiliation tardive. Mentionnez également les éventuelles exceptions.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 11 (2 points)

Originaire de Serbie, Monsieur L. reçoit un contrat de travail de la société Fruits et légumes SA pour les mois de juillet et août. L'office des migrations compétent lui accorde une autorisation de séjour de courte durée pour deux mois. À titre de précaution, Monsieur L. a conclu pour son séjour en Suisse une assurance voyage qui lui garantit une couverture de 30 000 euros en cas de maladie.

Soucieuse du bien-être de ses collaborateurs, la société Fruits et légumes SA aimerait savoir si Monsieur L. doit s'assurer en Suisse selon la LAMal.

Expliquez en 2 ou 3 phrases si Monsieur L. est soumis à l'obligation de s'assurer et justifiez votre réponse. Indiquez en outre l'article de l'OAMal qui s'applique.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 12 (4 points)

Citez 4 catégories de personnes ayant leur domicile en Suisse, mais exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) et de l'Accord AELE.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 13 (3 points)

Le rapport d'assurance entre les assureurs-maladie selon l'art. 2 LSAMal et les personnes tenues de s'assurer est établi, à l'exception de l'affiliation par l'autorité compétente, au moyen d'une demande d'adhésion.

Décrivez en quelques mots 3 points auxquels les assureurs-maladie doivent veiller pour que l'affiliation à l'AOS puisse être exécutée légalement (pas de changement d'assureur). Le fait que l'affiliation intervienne dans les délais impartis ou de manière tardive n'est pas pertinent.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 14 (2 points)

Indiquez si les affirmations suivantes à propos des litiges devant le tribunal arbitral sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmation	Vrai	Faux
Les décisions du tribunal arbitral doivent être notifiées par écrit, indiquer les motifs, les voies de recours et les noms des membres du tribunal.		
Chaque canton est tenu de désigner un tribunal arbitral.		
Le tribunal arbitral du canton dans lequel l'assureur a son siège principal est compétent.		
En cas de litiges entre assureurs, le tribunal arbitral du canton dans lequel l'assureur défendeur a son siège est compétent.		

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 15 (4 points)

Concernant les affirmations suivantes à propos du versement du salaire en cas de maladie et des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal ou la LCA, indiquez en cochant la case correspondante quelle loi définit les prescriptions en la matière.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmations	CO	LAMal / LSAMal	LCA
Chaque assureur proposant l'AOS doit également offrir une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal.			
Si une collaboratrice tombe malade après 6 mois au cours de sa première année de service, l'employeur est tenu de par la loi de lui verser son salaire pendant 3 semaines.			
Je peux souscrire mon assurance d'indemnités journalières en choisissant individuellement les risques à couvrir (maladie, maternité et accident).			
Dans le cas des personnes souffrant d'une maladie (problème de dos) qui souscrivent une assurance d'indemnités journalières, l'assureur peut émettre une réserve de 5 ans au maximum.			
Le droit de passer dans l'assurance individuelle doit, selon la loi, n'être accordé qu'aux personnes au chômage.			
Si je n'ai pas rempli correctement le questionnaire de santé lors de la conclusion de l'assurance d'indemnités journalières, une exclusion à vie peut résulter de l'atteinte à l'obligation de déclarer (réticence).			
En cas de maladie, l'employeur doit verser le salaire à ses collaborateurs selon les échelles en vigueur à partir de la deuxième année de service.			
Les chômeurs qui sont malades et en incapacité de travail doivent tout de même être admis par les assureurs au titre d'une nouvelle admission.			

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 16 (8 points)

Monsieur Z. est employé par l'entreprise X. et est assuré contre la perte de gain en cas de maladie dans le cadre d'un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA. Le droit de passage s'applique conformément à la loi.

Il a suivi une formation continue dans le domaine du coaching et souhaite s'établir à son compte au 1er octobre 2022. Il réfléchit à une couverture en cas d'incapacité de gain par suite de maladie et d'accident. Il établit un tableau et vous demande votre aide en tant que conseiller indépendant.

Citez 2 avantages et 2 inconvénients pour chacune des solutions d'assurance.

Solution d'assurance	Avantages	Inconvénients
Maladie – LAMal Assurance d'indemnités journalières selon la LAMal		
Maladie – LCA Assurance d'indemnités journalières selon la LCA auprès de l'assureur existant de l'entreprise X.		
Inclusion du risque d'accident dans l'indemnité journalière - LCA / LAMal Le risque d'accident est assuré par le biais de l'assurance d'indemnités journalières		
Risque d'accident par le biais de la LAA Le risque d'accident est couvert par le biais d'une assurance LAA facultative		

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 17 (3 points)

Indiquez si les affirmations suivantes à propos des tarifs, des prix et des conventions sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmations	Vrai	Faux
Les tarifs et les prix sont convenus dans des conventions entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas définis par la loi, sont fixés par l'autorité compétente.		
Les tarifs à la prestation doivent être basés sur une structure tarifaire uniforme convenue au niveau cantonal. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre, le gouvernement cantonal fixe ce tarif (valeur du point tarifaire).		
Si aucune convention tarifaire n'est conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, leurs associations fixent le tarif, après consultation des parties concernées.		
Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et prix fixés par convention ou par les autorités, et ne peuvent pas facturer de rémunérations plus élevées pour les prestations fournies en vertu de la présente loi (protection tarifaire), à l'exception des moyens et appareils visés dans la liste (LiMA).		
Pour la rémunération des traitements stationnaires dans un hôpital ou une maison de naissance, les parties contractantes conviennent de forfaits. Les forfaits rémunèrent toutes les prestations à la charge de l'AOS. La facturation d'autres frais n'est pas autorisée.		
En cas de prise en charge par l'AOS des coûts d'un médicament prêt à l'emploi autorisé par l'institut et ne figurant pas sur la liste des spécialités (LS), pour une indication dans le cadre ou en dehors de l'information professionnelle, l'assureur détermine le montant de la prise en charge après avoir consulté le titulaire de l'autorisation (entreprise pharmaceutique).		

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 18 (3 points)

Des contributions uniformes prises en charge par l'AOS s'appliquent aux soins prodigués en ambulatoires ou dans un EMS.

Répondez aux questions suivantes, sans tenir compte de la participation aux coûts.

a) Quel est le montant pris en charge par l'AOS pour les mesures relevant des soins de base pour un besoin en soins déclaré de 2 heures par semaine si la déclaration des besoins a été établie pour 12 semaines?

b) Le résident d'un EMS a besoin de 1,5 heure de soins par jour. Quel est le montant de la participation de l'AOS par mois (30 jours)?

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 19 (4 points)

Vous travaillez pour l'assureur-maladie S. La cliente M. vous appelle et souhaite savoir comment les coûts de son prochain séjour hospitalier à l'hôpital Beau-Rivage sont pris en charge. Madame M. vous informe qu'elle a une assurance complémentaire d'hospitalisation selon la LCA pour la division privée auprès de l'assureur-maladie A.

Vous disposez des informations suivantes:

- AOS avec couverture accident
- Madame M. a 42 ans.
- Madame M. n'a pas encore envoyé d'autres factures de traitement pour l'année en cours.
- Conformément aux conditions d'assurance, l'assurance complémentaire selon la LCA souscrite auprès de l'assureur-maladie A. prend en charge les coûts occasionnés par un séjour hospitalier dans la division privée d'un hôpital répertorié sur une liste cantonale.

L'Hôpital Beau-Rivage ne figure sur aucune liste cantonale d'hôpitaux. L'assureur-maladie S. a toutefois conclu une convention avec lui pour la division commune (AOS).

Répondez aux questions suivantes:

a) Quelle est la part maximale légale des coûts prise en charge par l'assureur-maladie S.? Justifiez votre affirmation en 1 ou 2 phrases.

b) Madame M. peut-elle partir du principe que la totalité des coûts du séjour hospitalier sera couverte, étant donné qu'elle dispose d'une assurance complémentaire selon la LCA auprès d'un autre assureur? Justifiez votre affirmation en 1 ou 2 phrases.

c) Quels coûts Madame. M. doit-elle s'attendre à devoir payer elle-même (pas de montant)?

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 20 (3 points)

Indiquez si les affirmations suivantes à propos du choix du fournisseur de prestations sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmations	Vrai	Faux
Dans le cas des frontaliers résidant dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, ainsi que des membres de leur famille, les assureurs et les cantons prennent en charge conjointement, en cas de traitement stationnaire dans un hôpital répertorié, la rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable dans l'hôpital répertorié du canton de référence Berne.		
La personne assurée peut choisir librement parmi les hôpitaux répertoriés pour le traitement stationnaire.		
Si, pour des raisons médicales, la personne assurée est soignée de manière stationnaire dans un hôpital non répertorié sur la liste des hôpitaux du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge les coûts au prorata (assureur-maladie 45%, canton au moins 55%).		
Une femme enceinte peut également accoucher dans une maison de naissance ne figurant pas sur une liste d'hôpitaux, dans la mesure où son assurance-maladie a conclu avec cette maison de naissance une convention pour les traitements stationnaires conformément à l'art. 49a, al. 4, LAMal.		
Pour les traitements ambulatoires, les assurés peuvent choisir librement parmi les fournisseurs de prestations autorisés. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable dans le canton de résidence de la personne assurée.		
Pour les personnes assurées résidant en dehors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que sur la base de mandats de prestations ainsi qu'en cas d'urgence.		

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 21 (2 points)

En vertu de l'art. 22, al. 1, LPGA, le droit aux prestations est incessible; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. En dérogation à cette disposition, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations dans la LAMal.

Expliquez en 2 ou 3 phrases de quoi il s'agit et quelles conditions doivent être remplies. Indiquez également l'article de loi.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 22 (2 points)

L'AOS ne prend en charge les coûts en lien avec des soins dentaires que si ceux-ci relèvent des art. 17 à 19a OPAS et en cas de lésions du système de la mastication causées par un accident.

Y a-t-il une dérogation/exception à ce principe? Si oui, veuillez la citer et indiquez aussi l'article de loi ou d'ordonnance.

Réponse

Visa: ..... points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Question 23 (6 points)

Madame R. a 73 ans et vit en Espagne depuis 10 ans. Elle touche une rente AVS suisse et est assurée en Suisse selon l'AOS. Elle a dû se faire implanter une prothèse de la hanche et a choisi pour ce faire l'hôpital cantonal des Grisons parce que sa fille vit dans ce canton.

Vous disposez des informations suivantes:

- AOS avec franchise annuelle de CHF 300.-
- Durée du séjour à l'hôpital cantonal des Grisons du 5 février 2021 au 25 février 2021
- Diagnostic: révision ou remplacement de l'articulation de la hanche avec diagnostic complexe, coût relatif 2,846
- Prix de base de l'hôpital cantonal des Grisons (division commune): CHF 9790.-
- Prix de base du canton de Berne: CHF 9600.-
- Clé de répartition pour la rémunération des prestations entre assureur-maladie/canton: BE et GR 45 % / 55 %

Établissez le décompte en tenant compte de la participation aux coûts. Indiquez quels coûts sont à la charge de l'assurance-maladie, du canton et de Madame R. Celle-ci n'a pas encore envoyé de factures pour l'année 2021.

Réponse

Visa: points:

© santésuisse, Les assureurs-maladie suisses

Extrait LCA (texte en vigueur au 01.01.2022)

l'entreprise d'assurance ne refuse pas cette proposition dans les quatorze jours après qu'elle lui est parvenue.

2 Lorsqu'un examen médical est exigé par les conditions générales de l'assurance, la proposition est considérée comme acceptée, si l'entreprise d'assurance ne la refuse pas dans les quatre semaines après qu'elle lui est parvenue.

3 Ces règles ne s'appliquent pas à la proposition d'augmenter la somme assurée.

Art. 2*a*[8]

Droit de révocation

1 Le preneur d'assurance peut révoquer sa proposition de contrat ou l'acceptation de ce dernier par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.

2 Le délai de révocation est de quatorze jours et commence à courir dès que le preneur d'assurance a proposé ou accepté le contrat.

3 Le délai est respecté si le preneur d'assurance communique sa révocation à l'entreprise d'assurance ou remet son avis de révocation à la poste le dernier jour du délai.

4 Le droit de révocation est exclu pour les assurances collectives de personnes, les couvertures provisoires et les conventions d'une durée inférieure à un mois.

5 Aussi longtemps que des tiers lésés peuvent faire valoir de bonne foi des prétentions à l'encontre de l'entreprise d'assurance malgré une révocation, le preneur d'assurance demeure débiteur de la prime et l'entreprise d'assurance ne peut pas opposer aux tiers lésés la caducité du contrat.

Art. 2*b*[9]

Effets de la révocation

1 La révocation a pour conséquence que la proposition de contrat d'assurance ou l'acceptation par le preneur d'assurance sont considérées comme non avenues. Pour les assurances sur la vie liées à des participations, la valeur équivalente au moment de la révocation doit être remboursée.

2 Les parties doivent rembourser les prestations reçues.

3 Le preneur d'assurance ne doit aucun autre dédommagement à l'entreprise d'assurance. Si l'équité l'exige, le preneur d'assurance doit rembourser à l'entreprise d'assurance tout ou partie des frais découlant

8 Introduit par le ch. I de la LF du 19 juin 2020, en vigueur depuis le 1er janv. 2022 (RO **2020** 4969; FF **2017** 4767).

9 Introduit par le ch. I de la LF du 19 juin 2020, en vigueur depuis le 1er janv. 2022 (RO **2020** 4969; FF **2017** 4767).

s'il est exigé des prestations plus élevées pour l'assurance aux nouvelles conditions, le preneur doit fournir à l'entreprise d'assurance le juste équivalent.

Section 6 Fin du contrat[56]

Art. 35*a*[57]

Résiliation ordinaire

1 Le contrat peut être résilié par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte pour la fin de la troisième année ou de chacune des années suivantes, même s'il a été conclu pour une durée plus longue, moyennant un préavis de trois mois.

2 Les parties peuvent convenir que le contrat peut être résilié avant la fin de la troisième année. Les délais de résiliation doivent être identiques pour les deux parties.

3 L'assurance sur la vie est exclue du droit de résiliation ordinaire.

4 Dans l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (art. 2, al. 2, de la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie[58]), seul le preneur d'assurance peut faire usage du droit de résiliation ordinaire ou du droit de résiliation en cas de dommage (art. 42, al. 1, de la présente loi). Dans l'assurance collective d'indemnités journalières, les deux parties peuvent faire usage de ces droits.

Art. 35*b*[59]

Résiliation extraordinaire

1 Le contrat peut être résilié pour de justes motifs en tout temps par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.

2 Est considéré comme juste motif:

a. toute modification imprévisible des prescriptions légales qui empêche d'exécuter le contrat;

b. toute circonstance dans laquelle les règles de la bonne foi ne permettent plus d'exiger la continuation du contrat de la part de la personne qui le résilie.

56 Introduit par le ch. I de la LF du 19 juin 2020, en vigueur depuis le 1er janv. 2022 (RO **2020** 4969; FF **2017** 4767).
57 Introduit par le ch. I de la LF du 19 juin 2020, en vigueur depuis le 1er janv. 2022 (RO **2020** 4969; FF **2017** 4767).
58 RS **832.12**
59 Introduit par le ch. I de la LF du 19 juin 2020, en vigueur depuis le 1er janv. 2022 (RO **2020** 4969; FF **2017** 4767).