

## Réponses aux questions des participant(e)s à la séance d'échange d'expériences du 03.11.2010

### Obligation d'assurance

- 1) Nous avons des personnes disposant d'une assurance-maladie UE lesquelles sont assurées auprès de notre institution avec le statut de travailleurs frontaliers suite à une affiliation forcée. Certaines de ces personnes ne procèdent pas au paiement de leurs primes et ce depuis plusieurs années déjà. En même temps, nous constatons que ces personnes n'ont recours à aucune prestation. Le formulaire E106 a été annulé au moyen du formulaire E108 lequel a été confirmé de la part de l'Institution d'entraide. Que pouvons-nous faire avec ces personnes ? Doivent-elles rester assurées jusqu'à l'annulation de l'affiliation forcée ?

Réponse : Pour l'instant, il s'agit de déterminer si le travailleur frontalier est encore toujours soumis à l'obligation d'assurance en Suisse. Le formulaire E001 vous permet d'obtenir des renseignements auprès de l'institution d'entraide ou de l'employeur. Si la personne n'exerce plus aucune activité en qualité de travailleur frontalier et qu'il n'existe plus aucune obligation d'assurance, l'annulation de l'affiliation d'office devra alors être demandée auprès de l'institution compétente. Il ne peut être mis fin à l'assurance si l'activité en qualité de travailleur frontalier devait se poursuivre. Dans les rapports avec l'Allemagne, il est possible de recourir au prélèvement des cotisations (v. circulaire de l'OFSP datée du 27.01.2004).

En ce qui concerne les affiliations d'office effectuées par le canton du Tessin, nous recommandons aux assureurs-maladie concernés de contacter l'institution compétente et de demander comment poursuivre la procédure relative aux affiliations d'office. A cette occasion, il peut être rendu attentif aux divers problèmes tels que le surplus de travail au niveau administratif, les frais de rappels, versement dans la compensation des risques bien qu'il ne soit versé aucune prime, etc. Le Tribunal fédéral a donné raison à un plaignant (septembre 2010) lequel s'est plaint du manque formel d'informations au sujet du droit d'option. L'affiliation d'office est devenue caduque et il a ainsi pu exercer ultérieurement son droit d'option. Le canton du Tessin devra probablement négocier une solution avec l'Italie.

- 2) Comment devrions-nous traiter les cas de jeunes de plus de 20 ans mais moins de 25 ans qui partent s'installer en France pour suivre une formation (non rémunérée) et qui demeurent à charge de leurs parents habitant et travaillant en Suisse ? En effet, selon notre législation, nous les considérons comme des membres de famille à charge (assujettis en Suisse selon le nouveau pays de domicile) mais la France a refusé nos formulaires E109 pour des jeunes dans cette situation car ils avaient plus de 20 ans.

Réponse : C'est le droit du pays de résidence, dans ce cas-ci, le droit français qui détermine si la personne est à considérer comme membre de famille sans activité lucrative. Suite à un entretien avec la partie française, il existe en France un „régime“ spécial auprès de l'assurance-maladie de la Sécurité Sociale (coûts env. € 200.00 / an) pour les étudiants âgés de plus de 20 ans. En conséquence, ces étudiants ne sont pas considérés comme membres de famille. Par conséquent, la France a refusé l'inscription en raison de ce devoir. Ceci devrait figurer comme raison sur la notification de non-inscription (E109).

- 3) En terme de règles d'assujettissement, toujours pour ces jeunes de moins de 25 ans qui partent dans l'UE suivre des études (sans aucun revenu, à charge des parents), qu'en est-il lorsqu'ils nous informent qu'ils doivent s'affilier en France, à titre obligatoire, par le biais de leur école et qu'ils nous transmettent une attestation d'assurance française car l'établissement scolaire exige leur adhésion. Pouvons-nous accepter ces résiliations alors qu'en tant que membres de famille à charge d'une personne habitant et travaillant en Suisse, ils relèvent de l'obligation d'assurance en Suisse (même si pour la France, il existe un droit d'option, tant que celui-ci n'est pas exercé selon les règles en vigueur, la soumission à l'assurance suisse demeure).

Réponse : Voir aussi question 2. La résiliation peut être ainsi acceptée du fait qu'il s'agit d'une assurance obligatoire.

- 4) Quelle serait la suite à donner au dossier d'un assuré parti dans un Etat de l'UE mais dont l'adresse nous est inconnue, lorsque nous savons qu'il continue de percevoir un revenu de Suisse (rente ou activité) mais qui, malgré nos instructions, n'a entrepris aucune démarche auprès de l'autorité compétente pour exercer le droit d'option (canton ou IC LAMal en fonction du statut) ? Avons-nous l'obligation de maintenir son assurance obligatoire des soins sachant qu'il nous est impossible d'encaisser des primes faute d'adresse.

Réponse : L'obligation d'assurance persiste aussi longtemps qu'il n'est pas clairement établi qu'il n'existe plus aucune obligation d'assurance en Suisse ou jusqu'à ce qu'un nouvel assureur atteste la nouvelle couverture d'assurance. Nous savons que cette réponse ne vous donne pas pleine satisfaction. Il n'existe cependant aucune base légale pour mettre fin à l'assurance.

Important : Si possible, user de tous les moyens pour parvenir au résultat en effectuant des recherches et des demandes de précisions (ancien employeur / institution suisse qui octroie la rente); ceci dans le but de constater si l'obligation d'assurance persiste réellement resp. n'a plus lieu d'être et qu'il soit ainsi possible de mettre fin à l'assurance. Vous devrez réagir, au plus tard, lorsque les premières prestations auront été servies (en Suisse ou au sein de l'UE/AELE dans le cadre de l'entraide en prestations).

- 5) Un ressortissant d'un Etat de l'UE, sans autorisation de séjour, est astreint à un régime pénitentiaire. Cette personne est-elle soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse ? Si oui, quel est l'article LAMal/LCA qui s'applique ?

Réponse : Non. Conformément à l'art. 26 let. d du code civil, le séjour en un lieu dans le but d'y visiter un établissement scolaire de même que l'hébergement d'une personne au sein d'un établissement éducatif, de retraite, de soins, ou pénitentiaire ne justifie aucun lieu de résidence. Par conséquent, il n'existe aucune obligation d'assurance.

- 6) Une personne qui se rend dans un Etat de l'UE pour y effectuer des recherches est-elle toujours soumise à l'obligation d'assurance en Suisse ? Si oui, quelles sont les conditions à remplir ?

Réponse : Lorsqu'une personne est détachée de Suisse dans un Etat de l'UE/AELE, cette dernière reste soumise aux prescriptions juridiques suisses. Si cette personne reste soumise à l'obligation de verser des cotisations AVS dans le cadre de son activité liée à la recherche, la caisse de compensation va délivrer le formulaire E101 ou E102. Si la durée du détachement est supérieure à deux ans, l'OFAS établira une convention spéciale au sens de l'art. 17 du règlement 1408/71.

Sans détachement, la personne est soumise à l'obligation d'assurance au sein de l'Etat où l'activité professionnelle est exercée. Selon le pays, il existe éventuellement pour les chercheurs la possibilité de se faire exempter de l'obligation d'assurance. Dans ce cas,

l'assurance LAMal peut se poursuivre aussi longtemps que le lieu de résidence reste en Suisse.

Si la personne dispose d'une bourse d'études, elle sera considérée comme étudiante. L'obligation d'assurance en Suisse persiste aussi longtemps qu'elle y réside.

### Divers

- 7) A partir de quel instant un travailleur détaché doit-il être répertorié dans les assurés avec prime UE (avec établissement du formulaire E106) et dans quel(s) cas peut-il conserver son AOS "ordinaire" de même que son assurance LCA ? Il s'agit d'un salarié suisse. Il paie ses impôts en Suisse mais réside tout de même à l'étranger. Par "domicile" il s'entend le lieu où il travaille et où il paie ses impôts ou alors le lieu où il dort ? Que stipule exactement l'art. 4 OAMal ?

Les formulaires E101 ou E102 sont rarement complétés. Qui est responsable pour l'établissement de tels formulaires ? Par qui doivent-ils être approuvés ? Qui contrôle l'obligation d'assurance après échéance de la durée de détachement de 6 ans ?

Réponse : Les personnes détachées travaillent à l'étranger et y séjournent pour une courte ou longue durée. La particularité lorsqu'il s'agit d'un détachement réside dans le fait que ces personnes ne sont pas soumises aux règles de l'Etat qui les emploie mais qu'elles continuent de verser des cotisations AVS/AI, LAA et AC, etc. en Suisse. En conséquence, elles sont soumises à l'obligation d'assurance en Suisse. Aussi, le détachement n'est pas un problème lié à l'assurance-maladie mais aux caisses de compensation. Une notice à ce propos est disponible sur le site internet de l'OFAS sous ([www.bsv.admin.ch/pratique/documents/index/category:130/lang:fr](http://www.bsv.admin.ch/pratique/documents/index/category:130/lang:fr)).

Si la durée du détachement est relativement courte (moins de 1 à 2 ans env.), les relations avec la Suisse sont généralement maintenues. Ceci est avant tout également le cas lorsque la personne se rend seule dans l'Etat qui l'emploie, qu'elle y dispose uniquement d'une chambre et qu'elle visite fréquemment la famille restée en Suisse. Dans ces cas, l'on suppose que le centre d'intérêts reste en Suisse. Si la personne doit subir d'importants traitements médicaux, elle se rendra en Suisse. Dans les cas moins graves, elle a la possibilité de subir un traitement au lieu où elle exerce son activité professionnelle sur présentation de la CEAM.

Si la durée du détachement est plus longue et si le travailleur détaché emmène sa famille dans le pays qui l'emploie, cela signifie qu'il transfère son lieu de résidence. Le travailleur détaché et sa famille ne reviendront pas en Suisse pour y subir des traitements médicaux, aussi importants soient-ils, mais souhaiteront recevoir des soins au sein de l'Etat où l'activité professionnelle est exercée. Dans un tel cas, les assurés manifestent un intérêt pour une inscription au moyen d'un formulaire E106 afin qu'ils puissent également subir des traitements planifiés au sein de l'Etat qui les emploient.

Les caisses de compensation délivreront le formulaire E101 sur demande de l'employeur. L'assuré nécessite ce formulaire comme pièce justificative à l'encontre de l'institution d'assurance sociale située à l'étranger afin qu'il ne doive y verser aucune cotisation. L'employeur devra exiger le formulaire E102 auprès de l'institution compétente au sein de l'Etat où l'activité professionnelle est exercée. Si la durée du détachement est de plus de deux ans, une convention au sens de l'art. 17 du règlement 1408/71 s'impose. L'OFAS est responsable en la matière.

En cas d'expiration de la durée du détachement (au plus tard après 6 ans) et si la personne reste à l'étranger, elle sera soumise au droit de l'Etat qui l'emploie. Dans la plupart des Etats, elle devrait alors automatiquement y être assurée pour les soins et y verser les cotisations correspondantes. Elle manifeste alors elle-même un intérêt pour annoncer sa sortie à son assureur-maladie. Aussi, il ne s'impose aucun contrôle de votre part.

- 8) Conformément à la procédure en vigueur pour les travailleurs détachés dans l'UE, nous réclamons une copie du formulaire E101 qui confirme bien de la législation applicable au travailleur, afin d'adapter son AOS et lui délivrer un E106 pour la prise en charge des soins dans le pays de détachement. Ces dossiers sont ainsi agendés afin d'en assurer un suivi correct. En effet, au terme de cette première période, nous demandons une copie du E102 si le détachement se poursuit encore une année ou une copie de la demande de prolongation de détachement (formule fournie par l'OFAS) qui nous garanti que l'assuré est toujours détaché et donc, que la couverture dont il bénéficie correspond à sa situation. Toutefois, il arrive dans certains cas, qu'en dépit de nos nombreuses demandes, nous n'obtenions pas ces documents. Dans quelle mesure sommes-nous responsables et que pouvons-nous faire ?

Réponse : Comme il ressort de la réponse à la question 7, la personne détachée ne doit pas systématiquement être transférée au service UE. Il s'agit de s'entretenir avec elle pour savoir où se situera dorénavant son centre d'intérêts (en Suisse ou au sein de l'Etat qui l'emploie). A ce propos, le critère principal en matière de droit en assurance-maladie consiste à savoir dans quel Etat l'assuré souhaiterait aussi subir des traitements planifiés. Selon la réponse, la délivrance d'un formulaire E106 s'impose ou non.

Si l'assuré ne vous remet aucun formulaire, il reste assuré comme jusqu'à présent du fait que vous ne disposez d'aucune base permettant un transfert ou une sortie de votre assurance. Il se retrouvera éventuellement dans une situation où il sera doublement assuré. Ceci sera le cas, lorsqu'il sera nouvellement dans l'obligation de s'assurer pour les soins au sein de l'Etat qui l'emploie en raison de l'expiration de la durée du détachement. A ce moment-là, vous pourrez le rendre attentif à ce sujet. Les décomptes de salaires sur lesquels figurent les cotisations aux assurances sociales suisses, peuvent év. suffire dans les cas où les formulaires nécessaires ne sont disponibles à temps.

- 9) Tous les membres de famille sans activité lucrative doivent être assurés contre la maladie au sein de l'Etat où la personne exerce son activité professionnelle resp. a exercé en dernier lieu son activité professionnelle. Les membres de famille domiciliés à l'étranger doivent toujours être assurés auprès du même assureur-maladie que le père/époux (resp. mère/épouse).
- a) Est-ce que ceci figure dans la LAMal/LCA ?
- b) Si ceci ne devait être prévu dans la loi : Doit-il être procédé immédiatement à l'affiliation de la famille ou est-ce qu'il convient d'observer le délai de résiliation lorsque les membres de famille ne sont pas assurés auprès du même assureur ?

Réponse : Si le lieu de résidence se situe à l'étranger, toute la famille doit se faire assurer auprès du même assureur-maladie. C'est ainsi que le prévoit l'art. 4a LAMal. S'il devait nouvellement survenir un tel état de fait, il reviendrait alors de procéder le plus rapidement possible aux mutations. Le mieux serait de le faire en accord avec les assureurs-maladie concernés et l'institution compétente étrangère. A ce propos, il ne sera pas nécessaire de tenir compte des délais de résiliation.

- 10) Nous rencontrons à nouveau d'énormes problèmes avec la France en matière de conclusion d'assurance en ce qui concerne les rentiers. Les CPAM refusent catégoriquement toute conclusion d'assurance et réclament le formulaire E121 même dans les cas où les assurés ne sont pas soumis à l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse. Quelle solution pouvons-nous offrir à ces clients ?

Réponse : Nous savons que les rentiers qui élisent domicile en France et qui souhaitent adhérer directement à la CMU sont continuellement confrontés à des difficultés. Les CPAM insistent sur le fait qu'ils doivent se procurer le formulaire E121. Elles ne leur expliquent pas que le formulaire E121 fait office de garantie de prise en charge des coûts de la part de l'assureur-maladie suisse et qu'il ne permet pas d'adhérer directement à l'assurance française mais sert à l'inscription à charge de l'assurance-maladie suisse. Le

respect du délai de 3 mois est d'une grande importance. De ce fait, les assurés doivent agir rapidement avec persévérance et fermeté pour attirer l'attention des CPAM sur leur droit d'option. Nombreuses sont les CPAM qui ignorent tout de l'application de ce droit et de sa signification. Aussi, la présentation de la „Note conjointe“ peut parfois s'avérer comme une aide précieuse. Ce document a été élaboré entre la Suisse et la France. Vous pouvez vous le procurer sur le site internet de l'IC LAMal sous la rubrique „rentiers“ (disponible uniquement en français).

- 11) Un client est assuré auprès de notre assurance comme travailleur frontalier (Allemagne). A présent, il ne travaille plus en Suisse mais ceci il ne nous le communique jamais. Il recourt à des prestations durant la période où il n'est plus soumis à l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse et où il est encore assuré chez nous à tort.
- A qui revient la prise en charge des coûts des prestations ?
  - Les assureurs allemands (domaine légal ou privé) doivent-ils assurer les clients de façon rétroactive ?
  - Pouvons-nous facturer au client les prestations qui lui ont été servies ?
  - Existe-t-il d'autres possibilités ?

Réponse : Les compétences en ce qui concerne l'obligation d'assurance sont réglementées dans le droit de coordination. Il peut résulter des difficultés lorsqu'un assuré n'appartient pas à un cercle défini de personnes et que, par conséquent, il ne déclenche aucune obligation d'assurance automatique au sein de l'Etat concerné. Ainsi, dans l'exemple, le problème réside dans le fait que l'assuré, suite à la perte de son statut de travailleur frontalier, n'appartient plus à aucun cercle de personnes qui déclenche l'obligation d'assurance (p. ex. : personne qui reçoit des indemnités de chômage, titulaire d'une rente). De plus, la situation se complique du fait qu'en Suisse, il n'existe aucune procédure de déclaration entre les employeurs et les assureurs-maladie de telle sorte que l'assureur-maladie suisse dépend des indications remises de la part de l'assuré. En d'autres termes, l'assureur-maladie peut uniquement mettre fin dans les temps à l'assurance-maladie lorsque l'assuré l'informe du changement du contenu des faits.

- L'art. 17 al. 2 du règlement 574/72 stipule que l'institution d'entraide peut se fier à la validité de l'attestation de droit (en l'occurrence le formulaire E106) et ce aussi longtemps qu'elle n'a pas reçu la notification de son annulation. Par conséquent, les coûts des traitements incombent à l'institution compétente et ce indépendamment de la compétence de l'Etat d'assurances. L'art. 17 al. 2 du règlement 574/72 protège l'institution d'entraide des risques de coûts qui pourraient résulter suite à des changements de compétence rétroactifs.
- Depuis un certain temps déjà, il existe en Allemagne également une obligation d'assurance pour les personnes non assurées jusqu'à présent. Cette obligation d'assurance repose sur le droit d'assurance au niveau national. Il ressort des clarifications entreprises, que la partie allemande considère le droit national comme étant inférieur au droit de l'UE de telle sorte que la caisse-maladie allemande ne doit entreprendre aucune affiliation d'office pour la période précédant la date de réception de la notification de l'annulation (E108). Elle s'appuie sur la raison mentionnée au point a).
- L'assureur-maladie suisse peut faire usage de la possibilité de se faire rembourser les frais de traitement par la personne assurée pour autant qu'il soit clairement établi qu'elle n'est plus soumise à l'obligation d'assurance en Suisse et qu'elle a omis de remettre les indications requises à l'assureur-maladie.
- D'autres possibilités peuvent uniquement être exploitées de façon limitée. En dépit des points mentionnés sous les lettres a)-c), l'assureur-maladie peut envisager de trouver une solution à l'amiable avec la caisse-maladie allemande concernée et ce par voie bilatérale.

- 12) La carte européenne d'assurance-maladie présentée par les touristes suisses n'est pas acceptée en France. Nous avons obtenu cette déclaration de la part d'un médecin français. Ceux-ci acceptent uniquement les cartes vitales françaises. Il va de soi que nos assurés ne disposent pas d'une telle carte. La présentation de la CEAM est même recommandée dans les notices de l'IC LAMal. Comment devons-nous procéder ?

Réponse : digression : La „carte vitale“ est la carte d'assuré nationale française. La carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) est imprimée au verso de la „carte vitale“. Le problème qui réside dans le fait que certains fournisseurs de prestations n'acceptent pas la CEAM est archiconnu et survient dans tous les Etats de l'UE/AELE. La CEAM permet de recourir directement aux prestations médicales dans chaque Etat de l'UE/AELE sans devoir préalablement s'adresser à l'institution d'entraide locale. Les prestations médicales sont servies aux mêmes conditions que pour une personne assurée au sein de cet Etat. Avant d'entamer le traitement médical, il convient de s'assurer auprès du fournisseur de prestations qu'il s'agisse bien d'un médecin conventionné (conventionné secteur 1 ou 2) ou non. Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) renseignent à propos des médecins et établissements conventionnés.

Si la CEAM devait ne pas être acceptée de la part du médecin comme mentionné dans l'exemple, cela peut avoir les raisons suivantes :

- En France comme en Suisse, un traitement médical ambulatoire est facturé au patient (tiers garant)
- Le fournisseur de prestations ne figure pas parmi les médecins conventionnés

Dans les deux cas, l'assuré devra payer la facture suite à quoi il pourra la faire parvenir pour remboursement à l'institution française (voir aussi liste à la fin de la notice de l'IC LAMal [http://www.kvg.org/vacances à l'étranger/default.htm](http://www.kvg.org/vacances%20à%20l'étranger/default.htm)) ou à son assureur-maladie suisse. Dans le premier cas, le remboursement se fait conformément aux prescriptions juridiques françaises alors que dans le second cas, le remboursement se fait conformément aux prescriptions juridiques françaises ou suisses (v. aussi réponse de la question 13).

Remarque : Dans la notice de l'IC LAMal est expliqué le déroulement de l'entraide en prestations tel qu'il est prévu dans le droit de coordination et tel qu'il est également décrit sur le site internet de l'organisme de liaison français. Malheureusement, il faut sans cesse constater que la théorie diffère de la pratique.

- 13) La France nécessite extrêmement beaucoup de temps (min. six mois) pour répondre aux formulaires E126 (communication du montant à rembourser concernant une facture). Les clients ne comprennent pas ce retard et manifestent leur insatisfaction. Que pouvons-nous entreprendre dans ce cas ?

Réponse : L'influence que les assureurs-maladie suisses de même que l'IC LAMal pourraient exercer sur la durée de traitement nécessitée par les institutions françaises pour répondre aux formulaires E126 paraît très limitée. Nous pensons qu'il existe actuellement juste la possibilité de rappeler aux institutions françaises l'affaire à traiter après un certain temps. Certes, nous sommes conscients que cette manière de procéder n'aboutit pas toujours au résultat souhaité.

En dépit de cela, il peut être fait usage de la possibilité d'entreprendre un remboursement conformément aux tarifs qui s'appliquent en Suisse lorsque le montant à rembourser est inférieur à EUR 1'000.00 et que l'assuré manifeste son accord pour cette façon de procéder. En ce qui concerne les factures françaises, cette variante devrait pouvoir être appliquée sans autres étant donné que la langue ne constitue pas un obstacle et que les tarifs sont clairement structurés. S'il est tout de même nécessaire d'effectuer une demande au moyen du formulaire E126 et si les dépenses de l'assuré représentent un montant important, l'assureur-maladie suisse a la possibilité de verser à l'assuré une avance en conséquence (art. 34 al. 3 du règlement 574/72).

- 14) Un client était soumis à l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse au sens de la LAMal. Il disposait cependant déjà d'un deuxième lieu de résidence en Allemagne. A un certain moment, nous avons reçu des factures en provenance de l'Allemagne correspondant à des séjours hospitaliers. Les recherches entreprises de notre part ont clairement démontré que le client devait dorénavant être assuré dans le cadre des contrats bilatéraux. Nous avons procédé à ce changement mais pas de façon rétroactive. A présent, nous avons souhaité que l'Allemagne nous communique le montant à rembourser des factures correspondant aux séjours hospitaliers au moyen d'un formulaire E126. L'Allemagne refuse de nous indiquer ce montant en raison du lieu de résidence en Allemagne.  
Que pouvons-nous entreprendre dans de tels cas ?

Réponse : A proprement parler, l'institution d'entraide resp. l'institution à laquelle est adressé le formulaire E126 doit uniquement traiter la demande s'il s'agissait d'un séjour temporaire. C'est ainsi que le stipule l'art. 34 du règlement 574/72 resp. l'introduction qui figure directement sur le formulaire E126. Par conséquent, le fait que l'institution allemande s'oppose à communiquer les montants à rembourser est correct. Dans ce cas, nous vous recommandons d'adresser une demande individuelle à l'institution sans utilisation du formulaire E126.

Dans de tels cas, l'IC LAMal propose son aide en ce sens qu'elle contacte directement l'organisme de liaison allemand qui lui communique les montants à rembourser. A ce propos, le cas devrait être transmis à l'IC LAMal.

- 15) Notre cliente a subi un accident. Les coûts incombent à l'assurance responsabilité civile privée française de la personne qui a provoqué l'accident. Nous avons fait valoir notre droit de recours. A présent c.-à-d. deux ans après la survenue de l'accident, nous avons obtenu une facture de la part de l'IC LAMal. Nous avons remise cette dernière à l'assurance responsabilité civile privée dans le cadre du recours. Il nous a été répondu que l'annonce de l'accident devait parvenir à l'assurance responsabilité civile au plus tard dans les quatre mois suivant l'accident sans quoi la prise en charge des coûts ne peut se faire.  
Cette réponse est-elle correcte ? Comment devons-nous procéder dans de tels cas ?

Réponse : Le droit de coordination se réfère aux assurances légales. En matière de recours, l'art. 93 du règlement 1408/71 stipule que lorsque l'assurance débitrice est subrogée dans les droits que la personne lésée détient à l'égard du tiers responsable, cette subrogation est reconnue par l'autre Etat membre. Le droit de coordination ne contient aucune réglementation en ce qui concerne les délais de prescription. Seul le droit français s'applique dans ce cas de même que les conditions générales d'assurance de l'assurance responsabilité civile. De ce fait, je vous recommande de consulter un avocat français.

Le délai de 4 mois à partir de la survenue de l'accident me paraît très court. Peut-être que ce délai s'applique uniquement pour l'annonce de la survenue de l'accident comme cas de sinistre. Ce cas de sinistre a probablement déjà été annoncé par la personne civilement responsable dans le délai imparti de sorte qu'il existe un numéro du cas de sinistre auquel vous pouvez vous référer. Chez nous, pour l'annonce du recours, les délais expirent pour l'assureur dès l'instant où le nom de la personne resp. du sinistre et son obligation de prise en charge des coûts sont connues. Pour ce qui est du droit français, je m'informerai déjà à propos des dispositions auxquelles se réfère l'assurance. C'est une manière de vérifier leur solidité.

- 16) Comment est-il possible de déterminer le lieu du centre des intérêts personnels ? Nous avons de nombreux clients qui résident en Suisse et à l'étranger. Comment les autres assureurs gèrent-ils cette situation ?

Réponse : L'on rencontre encore toujours des difficultés lorsqu'il s'agit de déterminer clairement un centre d'intérêts car de nos jours, les gens changent souvent de lieu de résidence parfois même plusieurs fois par an. Comme vous le savez, il existe plusieurs indices, tels que l'annonce auprès du contrôle des habitants, le paiement des impôts, les décomptes d'électricité et d'eau, le lieu où vit le reste de la famille, le lieu de travail, ou encore le lieu où se situe le centre de relations. Le mieux est de chercher le contact avec l'assuré et lui expliquer quelles peuvent être pour lui les conséquences suite au choix du domicile en matière d'assurance-maladie tout particulièrement en ce qui concerne les primes et les prestations. C'est à partir de ces explications que l'assuré prendra sa décision (v. également question 7).

- 17) Comment les autres assureurs s'y prennent-ils avec le formulaire E115 ? Vivao Sympany renvoie ce formulaire à l'institution d'entraide et lui communique que ce domaine ne concerne pas les assureurs suisses. Est-ce correct ?

Réponse : Le formulaire E115 se réfère aux prestations d'indemnités journalières au sens de la LAMal. En Suisse, la plupart des personnes salariées sont assurées pour les indemnités journalières en cas de maladie auprès d'une assurance privée au sens de la LCA de sorte que ce formulaire reste inutilisé ce qui est souvent incompris de la part des institutions étrangères.

La procédure décrite est correcte étant donné que vous assurez, en règle générale, uniquement les prestations en nature. S'il devait s'agir d'une personne qui travaille en Suisse resp. qui avait travaillé en Suisse, il serait important de la rendre attentive au fait d'annoncer immédiatement sa maladie à son employeur de même qu'à son assurance d'indemnités journalières sans quoi elle perdrait éventuellement ses droits. S'il devait s'agir d'une personne assurée pour les indemnités journalières à l'étranger, l'IC LAMal est en mesure de confirmer l'incapacité à travailler à l'assurance étrangère par le biais de son médecin-conseil.