



Caisse-Maladie des Médecins Suisses
Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Société coopérative Caisse-Maladie des Médecins Suisses, Oberer Graben 37, Case postale 2046, 9001 St-Gall
Téléphone 071 227 18 18, Fax 071 227 18 28, www.cmms.ch, e-mail: info@cmms.ch

Conditions Générales

Pour les associés du plan de prestations C

Entrée en vigueur: le 1^{er} janvier 2020
Traduction du texte allemand

A. Qualité d'associé

Art. 1 Acquisition de la qualité d'associé

L'acquisition de la qualité d'associé est régie par les Statuts. Les dispositions complémentaires suivantes s'appliquent :

- 1.1 Chaque proposant à l'admission remplit le formulaire de demande entièrement et conformément à la vérité, y joint les documents nécessaires et le soumet à la société.
- 1.2 La Commission médicale examine le formulaire de demande d'admission. Elle peut exiger du proposant¹ à l'admission de fournir des informations et des documents additionnels tels que des rapports médicaux. Elle peut en outre se procurer elle-même des rapports auprès des hôpitaux, des cliniques, des services de traitement ambulatoire, des laboratoires, des médecins, des chiropraticiens, des psychologues, des thérapeutes et d'autres personnes au bénéfice d'une formation médicale ou encore ordonner un examen médical à effectuer auprès d'un médecin-conseil.

Le proposant libère du secret professionnel toutes les institutions/personnes et tous les médecins ci-dessus mentionnés qui le traitent ou qui l'ont traité et/ou l'ont examiné. Il autorise les assurances sociales, les assurances responsabilité civile et privées ainsi que son employeur à fournir à la société les informations pertinents pour l'évaluation de l'incapacité du travail et de gain (art.5.4) et à lui remettre les dossiers afférents.
- 1.3 La Commission médicale décide :
 - 1.3.1 de l'admission sans réserve du proposant en tant qu'associé en lui faisant parvenir le certificat de prestations pour la couverture requise. Avec la prise d'effet définitive, le candidat est admis en tant qu'associé.
 - 1.3.2 de l'admission du proposant avec restriction, en réduisant ou en excluant ses prestations relatives aux conséquences de maladies ou d'accidents existant avant ou durant l'admission, ou en émettant des réserves temporaires sur celles-ci.

Le proposant à l'admission peut accepter ces réserves ou retirer sa demande d'adhésion. Si le proposant n'accepte pas les restrictions en le notifiant par écrit dans les trente jours à compter de la réception, la demande est considérée comme retirée.

Le proposant devient associé après avoir apposé sa signature sur la convention des prestations limitées.
 - 1.3.3 de la non-admission du proposant.

¹ Tous les désignations de fonction s'appliquent sans distinction de sexe et de manière égale aux femmes et aux hommes.

- 1.4 Une fois l'exclusion prononcée, elle ne peut être annulée. Par contre, à la demande de l'associé, une réserve peut être reconsidérée à la fin du délai.
- 1.5 La décision de la Commission médicale est définitive.

Art. 2 Début de l'affiliation

- 2.1 Le proposant a le droit de demander la prise d'effet de l'affiliation au premier jour d'un mois. L'affiliation doit prendre effet au plus tard six mois après la demande d'admission.
- 2.2 La société ne fournit, à l'exception de la disposition ci-après, aucune prestation pour une incapacité de travail survenue avant le début de l'affiliation.
- 2.3 Si le proposant requiert des prestations avant la date de son admission définitive dans la société, elle peut lui accorder une couverture temporaire. La décision incombe à la Commission médicale (cf. art. 1.5).
- 2.4 Si un proposant à l'admission au plan de prestations C est déjà associé au plan de prestations B, les articles 1, 2.1, 2.2 et 2.3 sont applicables par analogie.

Art. 3 Augmentation des prestations d'indemnités journalières convenues

- 3.1 Sur demande de l'associé, la Commission médicale décide de l'augmentation des prestations d'indemnités journalières convenues.
- 3.2 Les articles 1 et 2 s'appliquent par analogie.

Art. 4 Perte de la qualité d'associé

En sus des Statuts, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 4.1 L'obligation de prestation de la société s'éteint avec la perte de la qualité d'associé. L'associé ou ses héritiers ont droit à un remboursement des cotisations versées en avance pour des mois civils entiers.
- 4.2 La qualité d'associé s'éteint par le décès et au plus tard lorsque l'associé atteint l'âge limite, soit 65 ans révolus.

Les associés exerçant des fonctions au sein de l'administration et de la Commission médicale restent associés au-delà de cette limite d'âge. L'obligation de fournir des prestations n'en sera pas prolongée et ces associés sont exempts de l'obligation de verser des cotisations à la société.
- 4.3 La qualité d'associé s'éteint à partir du moment où l'associé ne remplit plus les conditions statutaires relatives à l'acquisition de l'affiliation, même si la société n'en prend connaissance que plus tard.
- 4.4 L'associé peut résilier par écrit son affiliation à la fin d'un mois, au plus tôt après une année d'affiliation, en respectant un délai de préavis de trois mois.

Si l'associé tombe en incapacité de travail avant l'expiration du délai de résiliation, la société fournit ses prestations d'indemnités journalières de base maladie et indemnités journalières de base accident au-delà de la date de résiliation jusqu'au terme de la durée du droit à la prestation et au plus tard jusqu'à l'atteinte de l'âge limite. Elle compense périodiquement les cotisations potentiellement dues en cas de continuation du contrat avec les paiements respectifs.

- 4.5 La Commission médicale et la Direction (art. 22.4.2 et art. 22.5 al.2 des Statuts) peuvent exclure l'associé qui viole ses obligations en vertu de ces Conditions Générales sous réserve de la procédure conformément à l'art. 19.
- 4.6 La société verse les prestations retenues avec effet rétroactif et majorées d'un intérêt moratoire de 2% si la décision d'exclusion a été annulée par une décision exécutoire.

B. Prestations de la société

Art. 5 Généralités

- 5.1 La société verse à l'associé se trouvant en incapacité totale ou partielle de travail ou de gain les indemnités journalières pour cause de maladie ou pour cause de maladie et d'accident, selon la couverture qu'il aura contractée.

En outre, elle verse des indemnités de décès.

- 5.2 Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique indépendante de la volonté de la personne assurée qui n'est pas due à un accident et qui nécessite un examen ou un traitement médical, ou qui entraîne une incapacité de travail.
- 5.3 Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire que compromet la santé physique, ou qui entraîne la mort.

Les maladies professionnelles et atteintes au corps humain similaires à un accident (fractures, déboîtements d'articulations, déchirures du ménisque, déchirures de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions de ligaments ou lésions du tympan) sont assimilées à des accidents.

- 5.4 Il y a incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à la santé, la personne concernée est incapable d'exercer entièrement ou partiellement sa profession dans les limites du raisonnable.

Dans le cas d'une incapacité de travail persistante et pour les indemnités journalières d'invalidité, la capacité de gain, soit la capacité d'exercer une autre activité rémunératrice dans les limites du raisonnable (activité de substitution) est prise en compte.

- 5.5 Des traitements esthétiques ainsi que leurs conséquences ne constituent pas des motifs donnant droit à des prestations.
- 5.6 En cas de négligence grave, les prestations ne sont pas réduites.
- 5.7 La société peut soutenir l'associé dans la défense des intérêts de ce dernier vis-à-vis de l'assureur contre les accidents.
- 5.8 La société fournit ses prestations indépendamment des prestations de tiers. Elles ne doivent pas être comptabilisées par des tiers sur leurs prestations.

Art. 6a Prestations en cas de maladie avec couverture accidents supplémentaire

- 6a.1 La société verse à l'associé des indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident.
- 6a.2 Si l'incapacité de travail est simultanément influencée par une maladie et par un accident, la Commission médicale fixe les pourcentages respectifs. La société verse les indemnités journalières en cas de maladie et les indemnités journalières en cas d'accident

conformément aux pourcentages respectifs correspondants.

- 6a.3 Si, malgré l'existence d'une incapacité de travail durable, l'assureur contre les accidents refuse d'accorder les prestations parce qu'on n'est pas en présence d'un accident, ou parce que l'assuré s'est exposé à un danger ou à un risque extraordinaire, il verse à titre provisoire les indemnités journalières. Il paie à titre provisoire les indemnités journalières en cas de maladie et, une fois que la décision est devenue exécutoire, il paie à titre définitif les indemnités journalières en cas de maladie.

Si l'assureur contre les accidents répond à postériori par l'affirmative à la question de savoir s'il est tenu d'accorder les prestations, la société exige le remboursement de ses indemnités journalières en cas de maladie versées à titre provisoire, et verse à titre rétroactif des indemnités journalières en cas d'accident pour la date d'expiration du délai d'attente applicable aux accidents. Les droits aux prestations peuvent être compensés.

- 6a.4 Si, malgré l'existence d'une incapacité de travail durable, l'assureur contre les accidents suspend le versement de ses prestations parce que le lien de causalité a disparu, la société verse des indemnités journalières en cas de maladie à partir de la date de suspension du paiement des indemnités journalières de l'assureur contre les accidents dans la mesure où il existe encore un droit à ces prestations (art. 8.4, 8.5 et 9.1).

- 6a.5 Si l'assureur contre les accidents réduit le montant de ses prestations pour cause de négligence grave, ou parce que l'assuré s'est exposé à un danger ou à un risque extraordinaire, la société verse le montant non réduit des indemnités journalières en cas d'accident.

- 6a.6 La société décide, indépendamment de l'assureur contre les accidents, de la cause, de la durée du pourcentage de l'incapacité de travail, respectivement de l'incapacité d'exercer une activité lucrative.

Art. 6b Prestations en cas de maladie sans couverture accidents supplémentaire

- 6b.1 La société verse à l'associé des indemnités journalières en cas de maladie.
- 6b.2 En cas d'incapacité de travail due à un accident – sous réserve de la disposition figurant ci-après – l'assuré n'a pas droit aux prestations.
- 6b.3 Les articles 6a.3, 6a.4 et 6a.6 sont applicables par analogie.

Art. 7 Indemnités journalières de base maladie et indemnités journalières de base accident – Généralités

- 7.1 La société verse à l'associé des indemnités journalières de base maladie ou des indemnités journalières de base accident selon l'art. 6a, resp. l'indemnité journalière de base maladie selon l'article 6b, dans la mesure où il est en incapacité de travail à raison de 25%, au moins dans l'activité professionnelle qu'il exerçait jusqu'à présent. Voir aussi l'art. 5.4 al. 2.
- 7.2 Une grossesse, un accouchement et une maternité sans complications ne donnent pas droit aux prestations.

Dans un délai de 280 jours qui suivent le début de la couverture de prestations, aucune prestation ne sera également fournie même en cas de complications liées à la grossesse.

Art. 8 Début et fin des prestations indemnité journalières de base maladie et indemnité journalières accident

- 8.1 La société fournit des indemnités journalières de base maladie ou des indemnités journalières de base accident après le délai d'attente convenu avec l'associé. Ce délai d'attente prend effet à partir du jour où le médecin constate l'existence d'une incapacité de travail ininterrompue d'au moins 25%. L'article 11 reste réservé.
- 8.2 Le montant de l'indemnité journalière de base maladie ou de l'indemnité journalière de base accident est déterminé selon le degré

de l'incapacité de travail, respectivement dans les cas tels que stipulés selon l'article 5.4 alinéa 2 correspondant à l'incapacité de gain.

- 8.3 Si une autre maladie ou un autre accident (art. 6a), resp. une autre maladie (art. 6b) s'ajoute et limite encore plus le degré de capacité de travail ou de gain, le pourcentage d'incapacité est recalculé sur la base d'une évaluation globale après le délai d'attente pour le nouveau cas.

Plusieurs causes d'incapacité de travail ne donnent pas droit à un versement dépassant 100% de l'indemnité journalière convenue.

Si l'associé bénéficie à la fois d'une couverture en cas de maladie et d'une couverture en cas d'accident, et si tant la maladie que l'accident entraînent une incapacité d'exercer une activité lucrative, l'article 6a.2 est applicable.

- 8.4 En cas d'incapacité de travail totale ou partielle ininterrompue / d'incapacité de gain totale ou partielle ininterrompue, l'obligation de prestation se termine après 730 jours, déduction faite du délai d'attente convenu, et le droit aux indemnités journalières s'éteint.

- 8.5 Dans tous les cas, le droit aux indemnités journalières s'éteint dès que l'associé concerné atteint la limite d'âge.

- 8.6 Dès que l'incapacité de travail ou que l'incapacité de gain de l'associé se réduit à moins de 25%, son droit aux indemnités journalières est suspendu.

- 8.7 Si l'associé n'a pas épuisé pleinement son droit aux d'indemnités journalières (voir l'art. 8.4) et si, dans un délai d'un an, il se retrouve en incapacité de travailler pour au moins 25%, il a droit aux indemnités journalières restantes sans délai d'attente. L'obligation d'accorder les prestations est épuisée après 730 jours, déduction faite du délai d'attente convenu, et son droit aux indemnités journalières s'éteint.

En cas d'une nouvelle incapacité de travail dont la cause peut être médicalement distinguée de l'incapacité de travail antérieure, l'associé a droit aux indemnités journalières après un nouveau délai d'attente.

- 8.8 Si l'associé n'a pas épuisé pleinement son droit aux d'indemnités journalières (voir l'art. 8.4) et s'il a manifestement exercé une activité lucrative à une échelle comparable avec l'activité antérieure durant une année au moins depuis la fin des versements des indemnités journalières, il a droit aux indemnités journalières précédées d'un nouveau délai d'attente dans le cas d'une nouvelle incapacité de travail, resp. d'une nouvelle incapacité de gain.

Art. 9 Indemnité journalière d'invalidité maladie et indemnité journalière d'invalidité accident

- 9.1 La société fournit des indemnités journalières maladie et/ou des indemnités journalières accident selon l'art. 6a, resp. des indemnités journalières maladie selon l'art. 6b après le délai d'attente convenu et jusqu'à l'atteinte de l'âge limite au plus tard. Ledit délai prend effet avec l'incapacité de travail de 25% au moins et justifiée par un certificat médical. L'article 11 reste réservé.

- 9.2 Si, au cours du délai d'attente, l'incapacité de travail de l'associé se maintient à moins de 25% pour une période n'excédant pas une année, pour ensuite dépasser cette limite pour la même cause, le délai d'attente pour la période d'incapacité de travail de moins de 25% s'interrompt et se poursuit ultérieurement.

- 9.3 Si l'incapacité de gain est inférieure à 25%, la société ne verse pas d'indemnités journalières ; si elle atteint 70% ou plus, la société verse l'indemnité journalière convenue. En outre, le montant de l'indemnité journalière est déterminé selon le degré de l'incapacité de gain.

- 9.4 Si le pourcentage d'incapacité de gain se modifie, l'indemnité journalière est adaptée en conséquence et annulée le cas échéant. Des modifications qui s'appliquent moins de trente jours ne sont pas prises en compte.

- 9.5 Si une autre maladie ou un autre accident (art. 6a), resp. une autre maladie (art. 6b), s'ajoute et limite encore plus le degré de capacité de gain pendant au moins trois mois, le pourcentage d'incapacité de gain est recalculé sur la base d'une évaluation globale.

Plusieurs causes d'incapacité de gain ne donnent pas droit à un versement dépassant 100% de l'indemnité journalière convenue.

Si l'associé bénéficie à la fois d'une couverture en cas de maladie et d'une couverture en cas d'accident, et si tant la maladie que l'accident entraînent une incapacité d'exercer une activité lucrative, l'article 6a.2 est applicable.

- 9.6 Si, au cours de l'année suivant une suppression des indemnités journalières, le pourcentage d'incapacité de gain augmente de 25% au moins en raison de la même maladie ou du même accident, l'indemnité journalière est versée en conséquence sans délai d'attente.

Si l'incapacité de gain augmente d'au moins 25% après une année, un nouveau droit aux prestations débute, avec les indemnités journalières convenues et un nouveau délai d'attente.

- 9.7 Si, après une suppression du versement d'indemnités journalières, un associé tombe à nouveau dans une incapacité de gain de 25% au moins en raison d'une autre maladie ou d'un autre accident, un nouveau droit aux prestations débute, avec les indemnités journalières convenues et un nouveau délai d'attente.

Art. 10 Indemnité de décès

Si l'associé décède avant d'avoir atteint l'âge limite, la société verse l'indemnité de décès convenue à ses héritiers ou aux bénéficiaires désignés par l'associé.

C. Demande de prestation et examen

Art. 11 Dépôt d'une demande de prestation

- 11.1 L'associé est tenu d'annoncer une maladie ou un accident affectant sa capacité de travail dès qu'une demande de prestations devient probable.

Il en informe la société par écrit au plus tard dans les cinq jours suivant l'expiration du délai d'attente convenu. Si l'associé a uniquement convenu d'une indemnité journalière d'invalidité pour cause de maladie et d'une autre pour cause d'accident, il informe la société dans les six mois suivant le début de l'incapacité de travail.

- 11.2 L'associé est tenu d'aviser la société dès qu'il a pris connaissance de la décision de l'assureur contre les accidents de suspendre ses prestations, resp. de refuser d'accorder ses prestations.

- 11.3 L'associé violant fautivement ces obligations perd le droit aux indemnités journalières qui auraient été dues avant l'annonce selon l'art. 11.1, resp. avant la notification selon l'art. 11.2

Art. 12 Examen de la demande

- 12.1 Après réception de l'annonce de maladie ou d'accident, la Commission médicale examine le droit aux prestations de l'associé.

- 12.2 L'associé est tenu d'apporter la preuve de l'existence de l'incapacité de travail en présentant des rapports médicaux. En règle générale, la société ne tient pas compte d'attestations d'incapacité de travail rétroactives.

- 12.3 L'associé s'engage à répondre entièrement et conformément à la vérité à toutes les questions de la Commission médicale dans le cadre de l'examen et à lui faire parvenir à ses frais les documents utiles requis concernant sa situation médicale et économique.

- 12.4 L'art. 1.2 s'applique par analogie. En outre, la Commission médicale peut exiger une expertise neutre.

12.5 Suite à l'examen de la demande, la Commission médicale informe l'associé par écrit de l'acceptation entière ou partielle de la demande ou de son rejet.

D. Autres dispositions

Art. 13 Procédure durant la perception de prestation

13.1 La Commission médicale est habilitée à vérifier à tout moment l'incapacité totale ou partielle de travail ou de gain de l'associé.

Elle peut exiger des certificats médicaux intermédiaires ; en outre, les art. 12.3 et 12.4 s'appliquent par analogie.

13.2 La Commission médicale peut soutenir l'associé à retrouver sa capacité de travail ou de gain par le biais d'un entretien d'orientation ou en organisant, avec des spécialistes, un coaching, un accompagnement ou d'autres mesures ciblées. Ces mesures feront l'objet d'un accord contractuel spécial avec l'associé concerné.

13.3 L'associé coopère avec la société au niveau de l'examen de l'incapacité de travail, resp. de l'incapacité de gain et des mesures de soutien.

13.4 Si un associé résidant à l'étranger tombe en incapacité de travail totale ou partielle, ou si un associé déjà entièrement ou partiellement en incapacité de travail ou de gain séjourne à l'étranger, la société continue à fournir les prestations, à condition que l'associé remplisse les conditions.

Art. 14 Obligation d'information et de déclaration

14.1 L'associé est tenu de fournir à la société des renseignements conformes à la vérité lors de son admission, lors d'un changement de son plan de prestations ou lors d'une adhésion à un plan supplémentaire de prestations dans la mesure où ces événements sont liés à une augmentation des prestations ainsi que, de manière générale, lors d'une augmentation des prestations. Il est également tenu de fournir des renseignements conformes à la vérité en cas d'annonce d'une incapacité de travail resp. incapacité de gain portant sur toutes les circonstances déterminantes permettant de fixer ses droits aux prestations, notamment sur son état de santé.

Il est tenu d'annoncer immédiatement à la Commission médicale toute modification du pourcentage de son incapacité de travail et de gain.

14.2 Si l'examen de la demande révèle que l'associé a violé ses obligations d'information et de déclaration, la Commission médicale peut suspendre les prestations ou refuser de les fournir. Elle peut réclamer le remboursement de prestations déjà fournies, indépendamment de la causalité, adapter ou résilier le contrat, réclamer le remboursement de prestations déjà fournies et exclure l'associé de la société (voir l'art. 4.5).

14.3 Si une telle violation porte préjudice à la société, celle-ci peut en demander réparation à l'associé fautif.

Art. 15 Versements

15.1 En règle générale, la société verse les prestations devenues exigibles durant le mois précédent au cinquième jour au plus tard du mois suivant.

15.2 La société peut retenir les versements lors de circonstances exceptionnelles comme les cas de guerre, de troubles publics, de terrorisme, de séisme, d'accident nucléaire, d'effondrement économique ou d'épidémies ou autres.

Si, en raison d'événements tels que ceux cités plus haut, la fortune de la société est réduite et que le capital de couverture nécessaire à la fourniture de prestations n'est plus disponible, la société peut réduire en conséquence les prestations retenues et futures.

15.3 Les droits aux prestations se prescrivent après expiration d'une période de deux ans. Ce délai de prescription prend à nouveau

effet avec chaque paiement d'indemnité journalière. Le délai de prescription est interrompu par le dépôt d'un recours ou d'une plainte, et il recommence à courir après la fin de la procédure.

E. Cotisations des associés

Art. 16 Obligation de cotiser et exemptions

16.1 La société établit les cotisations selon le règlement des cotisations en vigueur.

16.2 L'âge d'entrée est déterminant pour le calcul des cotisations.

16.3 Lors de l'augmentation des prestations des indemnités journalières convenues, l'âge de l'associé au moment de la modification est déterminant pour la majoration.

16.4 L'associé bénéficiant des indemnités journalières d'invalidité maladie ou des indemnités journalières d'invalidité accident est exempt de l'obligation de cotiser pour tous les types de prestations en pourcentage de prestation d'indemnité journalière d'invalidité.

Art. 17 Bonus

17.1 Une fois écoulée une période de trois années civiles, l'associé a droit à un bonus sur sa cotisation annuelle nette actuelle pour autant qu'il soit resté associé de la société de manière ininterrompue pendant ces trois ans et que la société n'ait fourni aucune prestation en sa faveur durant période.

17.2 Le bonus est basé sur l'état du revenu et de la fortune de la société.

Art. 18 Versements des cotisations

18.1 Les cotisations sont dues – selon le mode de versement convenu – au premier jour de l'année, du semestre ou du trimestre.

18.2 Les cotisations doivent être versées dans un délai de trente jours à compter de la date d'échéance.

18.3 Si l'associé ne règle pas ses contributions dans les délais, la société lui adresse un rappel par écrit le sommant de s'acquitter de sa cotisation dans les trente jours.

18.4 Si le montant n'est toujours pas réglé après le second délai imparti de vingt jours, la Direction de la société résilie le contrat avec l'associé sans préavis et l'exclut de la société, l'art.19 demeure réservé.

Si l'associé a conclu plusieurs contrats avec la société, il ne sera exclu de cette dernière que s'il est en demeure pour les paiements de tous les contrats.

18.5 L'associé n'a aucun droit aux prestations tant qu'il est en retard de paiement de ses cotisations.

F. Procédure de recours

Art. 19 Recours

19.1 L'associé a le droit de recourir auprès de la division Droit de l'administration, sauf si les présentes Conditions Générales prévoient une décision définitive de la Commission médicale.

19.2 L'effet suspensif du recours peut être retiré.

19.3 Le recours fondé et signé doit être déposé auprès de la société dans les trente jours à compter de la notification de la décision.

19.4 La division Droit de l'administration rend une nouvelle décision en appréciant toutes les circonstances, confirme la décision contestée ou renvoie la décision à la première instance pour une nouvelle évaluation.

19.5 L'associé peut recourir contre la décision d'exclusion de la division Droit de l'administration auprès de l'Assemblée des délégués. Le recours doit être déposé dans les trente jours à compter de la notification de la décision d'exclusion de la division Droit de l'administration. En outre est applicable l'article 19.3.

Art. 20 Action en justice

20.1 L'associé peut saisir le Tribunal de district de St-Gall dans les trois mois contre la décision de l'assemblée des délégués – conformément à l'art. 846 al. 3 CO.

20.2 L'associé peut ouvrir action dans les trois mois contre toute autre décision de la division Droit de l'administration devant le Tribunal de district de St-Gall.

Art. 21 Suspension de délai

Les délais selon les articles 19 et 20 précités sont suspendus à partir du septième jour précédant la date de Pâques – date de Pâques incluse – ainsi que jusqu'au septième jour après la date de Pâques, à partir du 15 juillet jusqu'au 15 août – date du 15 août incluse – et à partir du 18 décembre jusqu'au 2 janvier – date du 2 janvier incluse.

G. Dispositions finales

Art. 22 Relation entre les Conditions Générales et les Statuts

22.1 La relation entre la société et l'associé relève du droit régissant l'affiliation (art. 7.2 des Statuts).

22.2 Les dispositions du Code des obligations complètent celles stipulées dans les Statuts et ainsi que celles stipulées dans les présentes Conditions Générales (ch. VIII.1 des Statuts).

22.3 Les présentes Conditions Générales n'accordent pas d'avantage de droits aux associés envers la société que ceux définis dans les Statuts.

Art. 23 La version allemande fait foi

En cas de divergences entre le texte allemand et le texte français des présentes Conditions Générales, la version allemande fait foi.

Art. 24 Correspondance

Les associés doivent adresser toute correspondance concernant la société à la Direction de la société.

Art. 25 Entrée en vigueur, modification des Conditions Générales

25.1 Les présentes Conditions Générales entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

25.2 Les Conditions Générales peuvent être modifiées à tout moment par l'Administration avec l'approbation de l'Assemblée des délégués de la société dans le cadre des Statuts.

25.3 Si la situation économique de la société l'exige, l'Administration est en droit d'augmenter les cotisations sans ajustement des prestations de la société.

Approuvé par l'Assemblée des délégués le 29 juin 2019

St-Gall, le 29 juin 2019

Société coopérative Caisse-Maladie des Médecins Suisses :

Le Président :
Dr. méd. Andreas Paky

Le directeur :
Peter Hofer