

Conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires du Groupe Mutuel Assurances GMA SA

CGC

CAGA02-F5 – édition 01.07.2000

Table des matières

Art. 1	Bases du contrat d'assurance	Art. 22	Fournisseurs de prestations
Art. 2	But de l'assurance	Art. 23	Tarif des fournisseurs de prestations
Art. 3	Définitions	Art. 24	Cession et mise en gage des prestations
Art. 4	Validité territoriale	Art. 25	Fixation des primes
Art. 5	Preneur d'assurance et personne assurée	Art. 26	Païement des primes
Art. 6	Proposition d'assurance	Art. 27	Sommation, mise en demeure et poursuite
Art. 7	Visite médicale	Art. 28	Remboursement des franchises annuelles et des quotes-parts
Art. 8	Réserves	Art. 29	Modification du tarif des primes, des franchises et des quotes-parts
Art. 9	Début du contrat d'assurance	Art. 30	Compensation
Art. 10	Réticence	Art. 31	Devoirs en cas de sinistre
Art. 11	Durée du contrat d'assurance	Art. 32	Devoirs d'information
Art. 12	Période d'assurance	Art. 33	Renseignements et contrôles
Art. 13	Résiliation du contrat d'assurance	Art. 34	Devoirs de réduire le dommage
Art. 14	Fin du contrat d'assurance	Art. 34a	Fausse factures et fraude à l'assurance
Art. 15	Etendue et durée des prestations	Art. 35	Adaptation des conditions d'assurance
Art. 16	Droit aux prestations	Art. 36	Communications
Art. 17	Païement des prestations	Art. 37	Prescription
Art. 18	Exclusions de prestations	Art. 38	Lieu d'exécution et for
Art. 18a	Faute grave l'assuré	Art. 39	Conditions particulières d'assurance
Art. 19	Pluralité d'assureurs et prestations de tiers	Art. 40	Assurance collective
Art. 20	Double assurance		
Art. 21	Surassurance		

Le Groupe Mutuel Assurances GMA SA, appelé ci-après GMA, est assureur conformément aux présentes conditions générales d'assurance (CGC).

Art. 1 Bases du contrat d'assurance

1. Pour autant que les conditions du contrat ne prévoient pas de dérogation, le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908.
2. La proposition d'assurance, la police d'assurance, les présentes conditions générales, les conditions particulières ainsi que les éventuelles conventions particulières constituent les bases du contrat d'assurance.
3. Lorsque l'assuré est domicilié dans la Principauté du Liechtenstein, les dispositions de la loi du 6 juin 1941 du Liechtenstein relative à l'adoption de la LCA font partie intégrante du contrat d'assurance.

Art. 2 But de l'assurance

L'assurance couvre principalement les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Certaines conditions particulières d'assurance offrent la possibilité aux assurés de renoncer à l'un ou plusieurs des risques précités.

Art. 3 Définitions

1. Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

2. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale. Dans la mesure où elles ne sont pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:
 - a. les fractures;
 - b. les déboîtements d'articulations;
 - c. les déchirures du ménisque;
 - d. les déchirures de muscles;
 - e. les froissements de muscles;
 - f. les déchirures de tendons;
 - g. les lésions de ligaments;
 - h. les lésions du tympan.
3. La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.

Art. 4 Validité territoriale

1. L'assurance est valable dans le monde entier. Lors de voyages ou de séjours temporaires en dehors de la Suisse et de la Principauté du Liechtenstein, la durée de la couverture d'assurance est limitée à 12 mois au plus dès le passage de la frontière, dans la mesure où rien de particulier n'a été convenu; l'assurance est suspendue dès l'expiration de ce délai. En cas de séjour à l'étranger, l'assuré doit en informer l'administration dans les 20 jours.
2. L'assuré qui désire continuer à bénéficier de la couverture d'assurance à l'étranger doit, 30 jours avant l'échéance de l'année d'assurance, adresser une demande écrite à l'assureur. Ce dernier se réserve le droit d'accepter ou de refuser la prolongation de la couverture d'assurance à l'étranger pour 12 mois au plus.
3. Si une maladie se déclare en Suisse ou au Liechtenstein et si l'assuré se fait soigner dans d'autres pays, les frais découlant du traitement suivi ne seront remboursés que si le médecin traitant a présenté préalablement une demande à l'assureur et que celui-ci l'a acceptée.

Art. 5 Preneur d'assurance et personne assurée

Le preneur d'assurance est la personne qui conclut un contrat avec l'assureur; la personne qui est mentionnée en qualité d'assuré sur la police d'assurance est considérée comme la personne assurée.

Art. 6 Proposition d'assurance

1. La proposition d'assurance se fait par écrit à l'aide du formulaire fourni par l'assureur. Le proposant doit répondre à toutes les questions figurant sur la proposition d'assurance. Les assurés doivent autoriser les tiers à remettre à l'assureur tous les documents et renseignements dont il aurait besoin.

2. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance.
3. La proposition d'assurance d'une personne n'ayant pas l'exercice des droits civils est signée par son représentant légal.

Art. 7 Visite médicale

L'assureur peut, à ses frais, exiger l'établissement d'un certificat médical. Il peut aussi faire examiner l'état de santé du proposant par un médecin désigné par l'assurance.

Art. 8 Réserves

1. Pour les personnes qui, au moment où elles présentent leur proposition d'assurance, souffrent d'une maladie ou des suites d'un accident, l'assureur peut émettre des réserves sur celles-ci. Font aussi l'objet d'une réserve les maladies et les accidents dont l'assuré a souffert antérieurement si selon l'expérience, des rechutes sont possibles. L'assureur se réserve également le droit d'exclure dès qu'il en a connaissance tout risque si ce dernier a été passé sous silence dans la proposition d'assurance.
2. Les réserves sont émises pour toute la durée du contrat. L'assuré est libre de faire attester à ses frais qu'une réserve n'est plus justifiée.

Art. 9 Début du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance entre en vigueur à la date indiquée sur la police d'assurance. Les délais d'attente et de carence prévus dans les règlements particuliers sont réservés.

Art. 10 Réticence

Si le preneur d'assurance a, lors de la conclusion du contrat d'assurance, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur est en droit de résilier le contrat, par écrit, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

Art. 11 Durée du contrat d'assurance

L'assuré peut s'affilier:

- jusqu'à la fin du mois qui précède le droit à une rente AVS lorsqu'il s'agit d'une couverture d'assurance ayant trait à la perte de gain;
- sans limitation de durée pour toutes les autres couvertures d'assurance.

Art. 12 Période d'assurance

La période d'assurance correspond à une année civile et s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Art. 13 Résiliation du contrat d'assurance

1. Au terme de 5 ans d'assurance, tout ou partie du contrat peut être dénoncé par le preneur d'assurance pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de six mois. Demeure réservé le droit pour l'assureur de résilier le contrat en cas de comportement de l'assuré violant le contrat. La résiliation est valable si elle est postée le dernier jour du mois de juin.
2. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir de la partie correspondante du contrat au plus tard dans les 10 jours après qu'il ait eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets quatorze jours après la notification de la résiliation à l'assureur. Ce dernier conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours si le preneur résilie le contrat durant l'année qui suit sa conclusion. Dans les autres cas, la prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat.
3. L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat en cas de sinistre, excepté en cas de fausses déclarations, de dol, de réticence ou de leurs tentatives.
4. Le droit de résiliation pour violation du devoir d'information par l'assureur lors de la conclusion du contrat s'éteint quatre semaines après que le preneur d'assurance a eu connaissance de la contravention et des informations mais au plus tard un an après la contravention. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient à l'assureur. La prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat lorsque celui-ci est résilié ou prend fin avant son échéance.
5. Toute résiliation doit être notifiée sous pli recommandé.

Art. 14 Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance ainsi que le droit aux prestations prennent fin:

- a. au décès de l'assuré;
- b. lors de la résiliation par le preneur d'assurance après l'écoulement de la durée contractuelle;
- c. lors de la résiliation par le preneur d'assurance (cf. à ce sujet des articles 13 al. 2 et 4, 29 al. 1, 35 al. 2 des présentes CGC);
- d. en cas de transfert du domicile à l'étranger, à l'expiration de la période d'assurance pour laquelle la prime a été payée, et ce pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été prévu;

Art. 15 Etendue et durée des prestations

1. La durée de prise en charge et les prestations allouées par l'assureur dans chaque catégorie d'assurance sont régies par les conditions d'assurance correspondantes.
2. Sauf disposition contraire mentionnée dans les conditions particulières d'assurance, l'étendue des prestations en cas d'accident est la même que pour la maladie.

Art. 16 Droit aux prestations

1. Le droit aux prestations ne peut être exercé que pour les maladies ou les accidents qui surviennent pendant la durée de la couverture d'assurance.
2. L'octroi des prestations est subordonné à la présentation d'un certificat médical et des factures originales détaillées.
3. Les dispositions des conditions particulières qui régissent les assurances complémentaires sont applicables.

Art. 17 Paiement des prestations

1. Les assurés sont en principe débiteurs des honoraires à l'égard des fournisseurs de soins. Ils acceptent cependant les contrats passés entre l'assureur et les fournisseurs de soins qui, en dérogation, prévoient le paiement direct aux fournisseurs de soins.
2. Les prestations couvertes sont payables après réception par l'assureur de tous les renseignements et documents qui lui permettent de se convaincre du bien-fondé et de l'importance des prétentions.
3. L'assureur n'est en mesure d'établir son décompte que sur la base des factures originales et détaillées mentionnant les dates des traitements, le diagnostic, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins suisses et étrangers. En cas de besoin, l'assureur peut exiger à charge de l'assuré une traduction dans une des langues nationales des documents établis dans une autre langue.
4. Les assurés qui demeurent à l'étranger doivent indiquer à l'assureur une adresse de paiement en Suisse.

Art. 18 Exclusions de prestations

1. Il n'y a pas de couverture d'assurance pour:
 - a. les maladies, les accidents et leurs suites qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat ou qui font l'objet d'une réserve;
 - b. les maladies, les accidents et leurs suites après extinction du contrat d'assurance ou de la catégorie d'assurance, ceci également lorsque des prestations ont été servies au cours de la durée d'assurance;
 - c. les interventions destinées à corriger ou à éliminer des défauts ou des imperfections physiques relevant de l'esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessitées par un événement assuré, les cures de rajeunissement, les traitements par implants tissulaires ou cellulaires;
 - d. le suicide, la mutilation volontaire et les tentatives de l'un ou de l'autre;
 - e. les traitements dentaires, pour autant qu'une couverture ne soit pas expressément prévue dans les diverses catégories d'assurance;
 - f. les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique;
 - g. les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique. Par non économique, on entend la mesure médicale qui ne se limite pas à l'intérêt de l'assuré et n'est pas conforme au but du traitement. L'efficacité doit être prouvée par des méthodes scientifiques;

- h. les suites d'événements de guerre:
 - en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein;
 - à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que la maladie ou l'accident survienne dans les 15 jours dès le début de ces événements;
 - i. les suites de troubles de tous genres et les mesures prises pour les combattre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés;
 - j. l'alcoolisme et les autres toxicomanies.
2. Sont en outre exclus les maladies et les accidents que l'assuré subit:
- a. lors du service militaire à l'étranger;
 - b. lors de tremblements de terre;
 - c. lors de crimes ou de délits commis ou tentés intentionnellement ainsi que lors de participation à des actes guerriers ou de terrorisme;
 - d. lors de participation à des rixes et bagarres, sauf si l'assuré a été blessé par les protagonistes alors qu'il n'était pas en cause ou en portant secours à une personne sans défense;
 - e. lors de dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
 - f. en participant à des entreprises téméraires, à savoir des entreprises à l'occasion desquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grand sans pouvoir prendre les mesures qui ramènent le risque à un niveau raisonnable.

Art. 18a Faute grave de l'assuré

Si les sinistres sont la conséquence d'une faute grave de l'assuré, l'indemnité de l'assureur est réduite en proportion de la faute.

Art. 19 Pluralité d'assureurs et prestations de tiers

1. Toutes les prestations selon les présentes conditions générales d'assurance sont accordées en complément aux prestations des assureurs étrangers et suisses, sociaux et privés, en particulier également de l'assurance obligatoire des soins.
2. S'il y a double assurance, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées. Le montant total des sommes assurées ne doit pas dépasser les coûts effectifs du dommage.
3. Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations fournies, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable. L'assureur n'est pas lié par les accords passés entre l'assuré et les tiers tenus à prestations.
4. A défaut de couverture de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, les prestations du présent contrat sont versées dans la même mesure que si une telle couverture existait.

Art. 20 Double assurance

1. Lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque, et pour le même temps, par plus d'un assureur, de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance (double assurance), le preneur d'assurance est tenu d'en donner connaissance à l'assureur, sans retard et par écrit.
2. Si le preneur d'assurance a omis cet avis intentionnellement, ou s'il a conclu une double assurance dans l'intention de se procurer par là un profit illicite, l'assureur n'est pas lié envers lui par le contrat. L'assureur aura droit à toute la prime convenue.

Art. 21 Surassurance

Lorsque la somme assurée dépasse la valeur d'assurance (surassurance), l'assureur n'est pas lié par le contrat envers le preneur d'assurance, si celui-ci conclut le contrat dans l'intention de se procurer un profit illicite par le moyen de la surassurance. L'assureur a le droit à toute la prime convenue.

Art. 22 Fournisseurs de prestations

1. Seuls les soins dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus, à savoir les personnes et les établissements définis par la législation sur l'assurance-maladie sont pris en charge par l'assureur.
2. Chaque assurance énumère dans ses prescriptions les autres fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur.

Art. 23 Tarif des fournisseurs de prestations

1. L'assureur reconnaît les tarifs valables pour les assurances sociales suisses ainsi que les tarifs privés appliqués conventionnellement auxquels il a adhéré.
2. Les accords sur les honoraires, passés entre auteurs de factures et personnes assurées, ne lient pas l'assureur. Il n'y a de prétention aux prestations que dans le cadre du tarif reconnu par l'assureur pour le fournisseur de prestations concerné.

Art. 24 Cession et mise en gage des prestations

Les assurés ne peuvent ni céder, ni mettre en gage leurs créances envers l'assureur sans le consentement de celui-ci.

Art. 25 Fixation des primes

1. Les primes sont échelonnées en fonction du sexe, des régions et des classes d'âge.
2. Le mode de fixation des primes est déterminé dans chaque condition particulière.

Art. 26 Paiement des primes

1. Les primes sont payables en Suisse annuellement par avance; elles peuvent aussi, après entente spéciale et moyennant un supplément pour frais, être payées par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles.
2. Les primes sont dues pour le mois entier.

Art. 27 Somation, mise en demeure et poursuite

1. Si la prime, les franchises et les quotes-parts ne sont pas payées à l'échéance, le débiteur est sommé par écrit à ses frais d'en effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, avec rappel des conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de sommation.
2. L'assuré ne peut prétendre à des prestations pour des maladies, accidents et leurs suites qui existaient ou sont apparus durant la suspension de l'obligation aux prestations, même si la prime est payée par la suite.
3. Lorsque l'assureur entame une procédure de poursuite à l'encontre du preneur d'assurance, des frais administratifs ainsi que des frais d'ouverture de dossier peuvent être réclamés.

Art. 28 Remboursement des franchises annuelles et des quotes-parts

Lorsque l'assureur rembourse directement les fournisseurs de prestations, le preneur d'assurance a l'obligation de restituer à l'assureur la franchise annuelle convenue et/ou la quote-part dans les 30 jours dès facturation.

Art. 29 Modification du tarif des primes, des franchises et des quotes-parts

1. L'assureur peut adapter le tarif des primes, les franchises et les quotes-parts en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres. L'assureur doit informer le preneur d'assurance des nouvelles dispositions du contrat au moins 30 jours avant l'expiration de l'année d'assurance. Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance, pour la partie du contrat qui a été modifiée, avec effet à la fin de l'année d'assurance en cours, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, les adaptations faites au niveau des primes, des franchises ou des quotes-parts seront considérées comme acceptées.
2. Un changement tarifaire résultant d'un déménagement ou la perte du droit aux rabais ne sont pas considérés comme une adaptation de la prime dans le sens des dispositions ci-dessus. Le droit de résiliation n'est pas applicable dans ces cas.

Art. 30 Compensation

1. L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre les assurés.
2. Les assurés n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.

Art. 31 Devoirs en cas de sinistre

1. Lorsque des prestations d'assurance sont réclamées, l'assuré doit remettre à l'assureur tous les certificats médicaux, rapports, justificatifs et factures des différents dispensateurs de soins. Seules les factures originales sont acceptées.
2. L'assureur doit être informé dans les 5 jours au plus tard, de l'entrée de l'assuré dans un hôpital ou une clinique. L'annonce doit avoir lieu avant l'entrée si une garantie de prise en charge est réclamée. En cas d'annonce tardive, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser les prestations.
3. L'assuré ou l'ayant droit doit aviser l'assureur de tout accident dans les meilleurs délais mais au plus tard dans les 10 jours. Il doit donner tout renseignement concernant:
 - a. le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident;
 - b. le médecin ou l'hôpital;
 - c. les éventuels responsables et assurances intéressées.Lorsque cet avis ne parvient que tardivement à l'assureur, celui-ci se réserve le droit de réduire ou de refuser les prestations.
4. Les décès d'une personne assurée doivent être communiqués à l'assureur par l'ayant droit au plus tard dans les 20 jours, même si l'accident a déjà été annoncé. Si l'avis est fait après ce délai, l'éventuelle obligation à prestations de l'assureur disparaît.

Art. 32 Devoirs d'information

1. Les changements d'adresse, d'état civil ainsi que les décès doivent, sauf dispositions contraires, être annoncés par écrit à l'assureur dans les 30 jours.
2. Lorsque l'assuré transfère son domicile ou sa résidence hors de Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein, il doit en aviser l'assureur dans les 20 jours.

Art. 33 Renseignements et contrôles

1. L'assuré autorise expressément les thérapeutes qui l'ont soigné à l'occasion de la maladie, de l'accident ou à d'autres occasions de donner au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour l'appréciation des conséquences du cas. Il les délève à cette fin du secret professionnel.
2. Lorsque l'assurance a été conclue en complément à un autre assureur social ou privé, l'assuré doit fournir à l'assureur le décompte des prestations qui lui ont été versées par ces autres assureurs.

3. L'assureur a le droit de demander à sa charge des expertises effectuées par des médecins ou des spécialistes de son choix afin de définir l'état de santé de l'assuré ou sa capacité de travail. L'assuré doit se soumettre à ces expertises médicales qui servent à déterminer le diagnostic et à définir le droit aux prestations.
4. L'assuré doit se soumettre en tout temps à la surveillance des contrôleurs et des médecins-conseil de l'assureur. Il devra suivre les prescriptions de ces derniers destinées à accélérer la guérison. L'assuré qui refuse de se faire contrôler par l'expert médical désigné librement par l'assureur s'expose au refus des prestations.

Art. 34 Devoirs de réduire le dommage

1. L'assuré doit, dès le début de la maladie ou de l'accident, consulter un thérapeute diplômé possédant une autorisation de pratiquer et suivre entièrement ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger sa maladie et doit se conformer aux indications que le thérapeute lui a données quant aux heures de sortie autorisées. L'assureur ne répond pas d'une aggravation des conséquences d'une maladie ou d'un accident dues à la consultation tardive d'un thérapeute ou à l'inobservation de ses ordonnances.
2. L'assuré ne peut pas amener le thérapeute à effectuer des traitements et des contrôles inutiles ou non économiques (par exemple visites à domicile inutiles, traitements stationnaires à la place de traitements ambulatoires, tourisme médical...).

Art. 34a Fausses factures et fraude à l'assurance

Les prestations ne sont pas accordées en cas de fausses factures ou de factures falsifiées ainsi qu'en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance. Dans ces cas, l'assuré devra prendre en charge les frais engagés pour le contrôle effectué par l'assureur ainsi que pour le traitement du dossier.

Art. 35 Adaptation des conditions d'assurance

1. L'assureur est en droit d'adapter les conditions de chaque produit notamment lorsqu'il y a des modifications importantes dans les domaines ci-après:
 - a. développement de la médecine moderne;
 - b. établissement de formes de thérapies nouvelles ou onéreuses, comme par exemple les techniques opératoires, médicaments et autres cas similaires;
 - c. élargissement du nombre ou établissement de nouveaux genres de fournisseurs de prestations;

2. Les nouvelles conditions s'appliquent au preneur d'assurance et à l'assureur si elles sont adaptées selon le premier alinéa durant la validité de l'assurance.
L'assureur communique par écrit ces adaptations aux preneurs d'assurance. Les preneurs d'assurance qui ne sont pas prêts à accepter ces adaptations peuvent résilier la partie correspondante de leur contrat avec effet à la date d'adaptation. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 25 jours, il y a acceptation de la nouvelle réglementation.

Art. 36 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées au siège administratif du Groupe Mutuel Assurances GMA SA ou à l'une de ses agences officielles.
2. Les communications incombant à l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.

Art. 37 Prescription

Les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par 2 ans à compter du fait d'où naît l'obligation.

Art. 38 Lieu d'exécution et for

1. Sauf dispositions particulières contraires, les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire suisse et en francs suisses.
2. En cas de contestation, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse soit ceux du siège de l'assureur; les conventions internationales demeurent toutefois réservées.

Art. 39 Conditions particulières d'assurance

Pour toutes les assurances pratiquées, l'assureur édicte des conditions particulières qui font partie des présentes conditions générales.

Art. 40 Assurance collective

Pour toutes les assurances pratiquées, l'assureur peut, dans le cadre d'un contrat collectif, déroger aux dispositions des présentes conditions générales notamment en ce qui concerne:

- la personne du preneur d'assurance;
- la fixation des primes;
- le début, la durée et la fin d'assurance.