

Conditions générales d'assurance (CGA) Assurance complémentaire Global School

EG

EGGA01-F3 – édition 01.01.2017

Table des matières

Art. 1	Bases du contrat d'assurance	Art. 13	Tarif des fournisseurs de prestations
Art. 2	But de l'assurance	Art. 14	Prime anticipée et décompte définitif de la prime
Art. 3	Définitions	Art. 15	Modification du tarif des primes
Art. 4	Preneur d'assurance et personnes assurées	Art. 16	Obligations du preneur d'assurance
Art. 5	Début, durée et fin du contrat	Art. 17	Obligations de l'assuré
Art. 6	Début et fin de la couverture d'assurance	Art. 18	Devoir de réduire le dommage
Art. 7	Validité territoriale	Art. 19	Adaptation des conditions d'assurance
Art. 8	Prestations assurées	Art. 20	Communications
Art. 9	Droit aux prestations et limitations	Art. 21	Prescription
Art. 10	Exclusions de prestations	Art. 22	Lieu d'exécution et droit applicable
Art. 11	Pluralité d'assureurs et prestations de tiers	Art. 23	For
Art. 12	Fournisseurs de prestations		

Art. 1 Bases du contrat d'assurance

1. La proposition d'assurance, les présentes conditions générales (CGA) ainsi que la police d'assurance et ses avenants constituent les bases du contrat d'assurance.
2. Le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 pour les questions qui ne sont pas réglées par les bases mentionnées ci-dessus.
3. Le contrat est également régi par la loi sur la protection des données (LPD) à laquelle se conforme l'assureur pour tout traitement de données.

Art. 2 But de l'assurance

1. Le but de cette assurance est de fournir des prestations générales en cas de maladie et/ou accident en complément:
 - à l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal),
 - à une couverture d'assurance privée équivalente à l'AOS, pour les personnes exemptées au sens de l'art. 2, al. 4 OAMal (étudiants, écoliers et stagiaires venant de l'étranger dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement).
2. L'assurance Global School est composée de trois niveaux de couverture:
 - Niveau 1
 - Niveau 2
 - Niveau 3
3. L'assurance couvre les conséquences économiques de la maladie et de l'accident. Les prestations de maternité sont exclues de l'assurance.

Art. 3 Définitions

1. Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique 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, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Pour autant qu'elles ne soient 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 elongations 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 suit ce dernier.

Art. 4 Preneur d'assurance et personnes assurées

1. Le preneur d'assurance est la personne morale qui conclut un contrat d'assurance avec l'assureur en vue de faire bénéficier un tiers d'une protection d'assurance.
2. Le preneur d'assurance doit être domicilié en Suisse.

3. Sont assurées les personnes appartenant aux cercles des assurés définis dans la police d'assurance.

Art. 5 Début, durée et fin du contrat

1. Le contrat est conclu dès que l'assureur a communiqué au proposant l'acceptation de la proposition.
2. Le contrat débute à la date d'entrée en vigueur indiquée dans la police d'assurance.
3. Au terme de la durée convenue dans la police, le contrat se renouvelle tacitement d'année en année s'il n'est pas dénoncé trois mois au moins avant son expiration.
4. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'assureur ou au preneur d'assurance, au plus tard le jour qui précède le début du délai de trois mois.
5. Si le contrat est conclu pour une durée inférieure à un an, il expire sans autre au jour convenu.
6. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 14 jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur d'assurance se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets dès réception de l'avis de résiliation par l'assureur.
7. Toute résiliation doit être notifiée par lettre recommandée.
8. L'assureur peut résilier le contrat en cas de non paiement des primes au sens de l'art.14 des présentes conditions générales.

Art. 8 Prestations assurées

1. En Suisse

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Hospitalisation	division commune	division commune	division mi-privée ou privée La variante assurée est mentionnée sur la police d'assurance	Description <ul style="list-style-type: none"> – Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu et les accidents. – Coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale. Remarques <ul style="list-style-type: none"> – Les établissements doivent être reconnus au sens de la LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avoir conclu une convention tarifaire avec l'assureur pour les divisions correspondantes. – Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 180 jours au cours d'une année civile. – Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée au cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. – Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique sont imputées sur les prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée. Obligation de l'assuré <ul style="list-style-type: none"> – L'assuré est tenu de vérifier auprès de l'assureur si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus.
Traitements ambulatoires	100%	100%	100%	Description <ul style="list-style-type: none"> – Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal. – Prise en charge de la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.
Médicaments limités et hors liste	90%	90%	90%	Description <ul style="list-style-type: none"> – Médicaments ordonnés par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu LAMal, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Exclusion <ul style="list-style-type: none"> – Produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

Art. 6 Début et fin de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance prend effet à la date indiquée dans l'attestation d'assurance qui est remise à l'assuré par le preneur d'assurance.
2. La couverture d'assurance prend fin à la date indiquée dans l'attestation d'assurance qui est remise à l'assuré par le preneur d'assurance ou lorsque l'assuré sort du cercle des assurés défini par la police.
3. La couverture d'assurance cesse à la fin du contrat.

Art. 7 Validité territoriale

1. L'assurance est valable en Suisse (cf. art. 8.1).
2. Lors de voyage ou séjours en dehors de la Suisse ne dépassant pas 90 jours consécutifs, l'assurance prend en charge le coût des traitements définis à l'article 8, al. 3 des présentes conditions générales d'assurance effectués en cas d'urgence. Il y a urgence lorsque l'assuré a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Frais de recherche, sauvetage et transport	90%	90%	90%	Description <ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que lesdits transports soient médicalement nécessaires. Remarque <ul style="list-style-type: none"> Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Médecines alternatives	30% Max CHF 1'000.– tous les 3 ans	60% Max CHF 1'000.– tous les 3 ans	90% Max CHF 1'000.– tous les 3 ans	Description <ul style="list-style-type: none"> Thérapies selon liste ci-dessous (point 8.2 liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur. Remarques <ul style="list-style-type: none"> L'assureur tient une liste des thérapeutes reconnus pour la thérapie envisagée. Cette liste est disponible sur le site Internet de l'assureur ou remise sur demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée. Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'assureur. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.
Lunettes médicales et verres de contact	Fr. 150.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	Description <ul style="list-style-type: none"> Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Traitements dentaires	Aucune prestation	80%, max. Fr. 2'000.– / année civile	80%, max. Fr. 2'000.– / année civile	Remarques <ol style="list-style-type: none"> Les soins d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) ne sont pas couverts. Pour les autres soins dentaires, il y a une participation aux frais selon le niveau choisi: <ul style="list-style-type: none"> traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé; contrôle dentaire prophylactique annuel; laboratoire. Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat. Les prestations pour interventions prothétiques (remplacement de dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc.) sont, en cas d'accident, octroyées immédiatement après l'entrée en vigueur de l'assurance; pour les autres cas, elles sont accordées au plus tôt après 12 mois d'affiliation. Pour les autres traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées au plus tôt après 3 mois d'affiliation, sous réserve des points 2 et 3 précités. Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge; la majoration éventuelle ne peut excéder 50%. Les traitements à l'étranger sont pris en charge pour autant que le personnel médical étranger dispose d'une formation équivalente à la formation suisse et que les coûts ne dépassent pas ceux qui auraient été facturés en Suisse.
Cures thermales	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	Description <ul style="list-style-type: none"> Frais de traitement et de pension en cas de cure thermique dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal. Obligation de l'assuré <ul style="list-style-type: none"> Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Cures de convalescence	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	Description <ul style="list-style-type: none"> Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse dans les établissements reconnus par l'assureur, et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation. Remarques <ul style="list-style-type: none"> L'assureur tient une liste des établissements reconnus. Cette liste est disponible sur le site Internet de l'assureur ou remise sur demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée. Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'assureur. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance. Obligation de l'assuré <ul style="list-style-type: none"> Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Aide à domicile	50%, max. Fr. 1'500.- / année civile	50%, max. Fr. 1'500.- / année civile	90%, max. Fr. 2'500.- / année civile	Description <ul style="list-style-type: none"> Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.). Remarque <ul style="list-style-type: none"> Aucune prestation n'est allouée lorsque l'assuré est reconnu invalide par l'assurance invalidité (AI), bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier, de cure ou de convalescence.
Cure de désintoxication de l'alcool	Fr. 50.- /jour, max. 30 jours/ année civile	Fr. 100.- /jour, max. 30 jours/ année civile	Fr. 100.- /jour, max. 30 jours/ année civile	Description <ul style="list-style-type: none"> Contribution aux frais de traitement et de pension en cas de cure résidentielle, dans un établissement spécialisé en matière de cures de désintoxication pour alcooliques. Remarques <ul style="list-style-type: none"> L'assureur tient une liste des établissements reconnus. Cette liste est disponible sur le site Internet de l'assureur ou remise sur demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée. Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'assureur. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.
Vaccins	90%	90%	90%	Description <ul style="list-style-type: none"> Frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse (non comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)), ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.
Check-up	90%, max. Fr. 1'000.- / tous les 3 ans	90%, max. Fr. 1'000.- / tous les 3 ans	90%, max. Fr. 1'000.- / tous les 3 ans	Remarque <ul style="list-style-type: none"> Seuls les check-up dispensés par un médecin reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge.
Seconde opinion	90%	90%	90%	Description <ul style="list-style-type: none"> Frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation pour autant que la mention «seconde opinion» figure sur la note d'honoraires.
Promotion Santé	50%, max. Fr. 200.- / année civile	50%, max. Fr. 200.- / année civile	50%, max. Fr. 200.- / année civile	Description <ul style="list-style-type: none"> Frais résultant d'une prestation fournie dans un établissement ou par un fournisseur reconnu par l'assureur, et cela dans les domaines de l'école du dos, du fitness et lors de cure pour désintoxication au tabac. Remarques <ul style="list-style-type: none"> L'assureur tient une liste des établissements et fournisseurs de prestations reconnus pour la désintoxication au tabac. L'assureur tient une liste définissant les critères de reconnaissance pour les fitness et l'école du dos. Ces listes sont disponibles sur le site Internet de l'assureur ou remise sur demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée. Ces listes peuvent être modifiées à tout moment par l'assureur. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance. Si plusieurs mesures destinées à promouvoir la santé sont effectuées au cours de la même année civile, la prestation maximale totale prise en charge est de Fr. 200.-.

2. Liste des thérapies «médecine alternative»

Naturopathie	Techniques du toucher	Autres
Acupuncture Aromathérapie Auriculothérapie Biorésonance Biothérapie Chromothérapie Conseil en nutrition Electroacupuncture Géobiologie Herboristerie Homéopathie Iridologie Irrigation colonique Laserthérapie Magnétisme Magnétothérapie Morathérapie Naturopathie Oxygénothérapie Phytothérapie Sympathicothérapie Ventouses	Acupressure Drainage lymphatique Etiopathie Fasciathérapie Intégration posturale Kinésiologie Massages Médecine anthroposophique Mésothérapie Métamorphose Orthobionomie Ostéopathie Polarité Rééquilibration énergétique Réflexologie Reiki Rolfing Shiatsu Trager Training autogène	Biodynamique Eurythmie Rebirthing Sophrologie Tomatis (méthode)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Traitements ambulatoires	La somme assurée s'élève au maximum à Fr. 100'000.– par année civile			Description – Consultations, analyses, radiographies et médicaments reconnus.
Hospitalisation				Description – Prise en charge des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins. Remarque – Les établissements doivent être reconnus par les autorités sanitaires compétentes du pays dans lequel le traitement est prodigué.
Participations légales				Description – Prise en charge à 100% des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement ambulatoire ou hospitalier en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale, sous réserve du droit étranger.
Frais de recherche, sauvetage et transport				Description – Transports jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires. Remarque – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère.
Visite d'un membre de la famille hors du pays d'origine de l'assuré				Description – Visite d'un membre de la famille de l'assuré hospitalisé depuis plus de 7 jours, à savoir: – les frais attestés pour le voyage aller et retour en classe économique et les transports publics jusqu'au lieu d'hospitalisation de l'assuré; – les frais de pension et de logement attestés, au plus à hauteur de Fr. 250.– par jour et jusqu'à concurrence de Fr. 2'000.–.

3. Hors de Suisse en cas d'urgence

1. Les prestations ci-dessus sont servies dans le monde entier, à l'exclusion de la Suisse, en supplément ou en complément de la couverture sociale suisse ou étrangère ou d'autres assurances privées.
2. Les prestations assurées correspondent à celles couvertes en Suisse lors de problèmes de santé semblables.
3. Les prestations ci-dessus sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies par des personnes ou des institutions qui disposent de la formation, de la reconnaissance et de l'autorisation nécessaire des organismes sociaux étrangers.
4. Paiement des prestations
Pour les traitements à l'étranger, est reconnu comme cours de change, le cours des devises officiel du franc suisse au dernier jour de traitement. L'assureur reconnaît les tarifs usuels valables dans le pays ou la région de traitement.

4. Groupe Mutuel Assistance

1. Validité territoriale
Les prestations Groupe Mutuel Assistance sont valables en Suisse ainsi que lors de voyages ou séjours en dehors de la Suisse ne dépassant pas 90 jours consécutifs.
2. Prestations assurées
 - a. Recherche, sauvetage et transport
 - Organisation des frais de recherche et de sauvetage lorsque l'assuré s'est trouvé dans une situation de détresse prouvable et justifiant les frais survenus.
 - Organisation des frais de transport définis à l'art. 8 al. 1 et 3 des présentes conditions générales d'assurance, vers l'hôpital ou le médecin le plus proche adapté aux soins nécessités par l'assuré.

b. Rapatriement sanitaire

- Organisation et prise en charge des frais de rapatriement sous surveillance médicale dans un hôpital proche du lieu de résidence en Suisse de l'assuré.
- Organisation et prise en charge des frais de rapatriement sans accompagnement médical vers le lieu de résidence en Suisse de l'assuré faisant suite à une hospitalisation.

c. Rapatriement de la dépouille mortelle

En cas de décès de l'assuré, organisation et prise en charge des frais de transport du cercueil, à bord d'un avion de ligne régulière ou d'un fourgon prévu à cet effet, en respect des législations nationales ou conventions internationales applicables au transport des corps, jusqu'au domicile de l'assuré à l'étranger ou en Suisse et à condition que ce transfert soit réalisable et que les dispositions appropriées soient prises par la famille ou le représentant de l'assuré pour réceptionner le corps.

- Les prestations sont couvertes jusqu'à concurrence de Fr. 10'000.– pour l'ensemble des frais assurés.
- Les frais d'inhumation et autres frais funéraires sont exclus.
- Les rapatriements vers des régions déconseillées par le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) ou en situation de guerre, révolution, rébellion ou autres troubles intérieurs sont exclus.

d. Avance de frais de traitement

Si la personne assurée doit être hospitalisée ou subir un traitement coûteux hors de Suisse, la centrale d'appel d'urgence Groupe Mutuel Assistance fournit, si nécessaire, une avance de frais.

3. Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré
En complément aux dispositions de l'article 16 et 17 des présentes conditions générales d'assurance, le preneur d'assurance ou l'assuré doit aviser immédiatement la centrale d'appel d'urgence Groupe Mutuel Assistance (numéro de téléphone 0848 808 111, depuis l'étranger + 41 848 808 111) dès la survenance de l'événement faisant l'objet d'une demande d'assistance. Seuls les médecins de la centrale d'appel d'urgence décident des services qui peuvent être fournis et de leur prise en charge.
4. Exclusions de prestations
En complément aux dispositions de l'article 10 des présentes conditions générales d'assurance, il n'y a pas de couverture d'assurance lorsque la centrale d'appel d'urgence Groupe Mutuel Assistance n'a pas donné son accord préalable concernant les prestations prévues par le présent article.

Art. 9 Droit aux prestations et limitations

1. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement.
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. L'assureur se réserve le droit de réduire les factures exagérément élevées.
Un cumul de prestations identiques ou similaires assurées en Suisse et à l'étranger pour la même maladie ou le même accident n'est pas possible.
Les frais postérieurs à l'épuisement des droits (prestations avec limite de durée ou de montant) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
Si un traitement médical ou une thérapie alternative n'est plus justifié médicalement et n'apporte plus d'amélioration thérapeutique, l'assureur informe l'assuré de la réduction ou de la fin du versement des prestations. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin dont le diplôme est reconnu par le droit suisse ou d'une personne dûment autorisée et reconnue par l'assureur. L'assurance régie par les présentes conditions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'AOS et des autres assurances complémentaires.
La couverture d'assurance s'étend cependant à la prise en charge des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement d'urgence fourni hors de la Suisse en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale et pour autant que la loi du pays en question ne l'interdise pas.
2. Les prestations hospitalières sont limitées à la phase aiguë de la maladie et/ou de l'accident. Dès que l'assuré n'est plus considéré de type aigu, en particulier lors de traitements d'affections stabilisées ou chroniques, ou lorsque le séjour hospitalier ne sert pas à améliorer l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations s'éteint.

Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 180 jours en cours d'une année civile.

Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée en cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées.

Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique sont imputées sur les prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée.

3. Les soins d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) sont exclus de l'assurance.
Les prestations dentaires pour interventions prothétiques (remplacement de dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc.) sont, en cas d'accident, octroyées immédiatement après l'entrée en vigueur de l'assurance. Pour les autres cas, elles sont accordées au plus tôt après 12 mois d'affiliation.
Pour tous les autres traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées au plus tôt après 3 mois d'affiliation.
Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge. La majoration éventuelle ne peut excéder 50%.
4. En cas d'annonce tardive d'un sinistre, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser les prestations. Cette sanction n'est pas applicable en cas de violation non fautive de ce devoir d'annonce au sens de l'article 45 LCA. Si tel est le cas, l'annonce de sinistre doit être effectuée aussitôt l'empêchement disparu.
5. L'assureur ne répond pas d'une aggravation des conséquences d'une maladie et/ou d'un accident dues à la consultation tardive d'un thérapeute ou à l'inobservation de ses ordonnances.

Art. 10 Exclusions de prestations

1. Il n'y a pas de couverture d'assurance:
 - a. pour les maladies, les accidents et leurs suites après extinction du contrat d'assurance et après la sortie du cercle des assurés, ceci également lorsque des prestations ont été servies au cours de la durée d'assurance;
 - b. pour 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;
 - c. en cas de suicide, de mutilation volontaire et de tentatives de l'un ou de l'autre;
 - d. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique;
 - e. pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique. Par inefficace, on entend un traitement dont l'efficacité n'a pas été démontrée selon des méthodes scientifiques. Par inadéquat, on entend un traitement qui est contre-indiqué ou non adapté, ou lorsque l'indication médicale n'est pas clairement établie. Par non économique, on entend un traitement qui aurait pu être remplacé par un autre traitement meilleur marché, ou s'il est inutile;

- f. pour les suites d'événements de guerre:
 - en Suisse;
 - 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 et/ou l'accident survienne dans les 15 jours dès le début de ces événements.
 - g. pour 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;
 - h. pour les maladies dues à l'addiction à l'alcool;
 - i. pour les maladies et les accidents dus à l'abus de médicaments, de drogues et autres toxicomanies;
 - j. pour les changements de sexe, y compris pour les traitements et les séquelles;
 - k. en cas de transplantations d'organes;
 - l. 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;
 - m. En cas de violation fautive par le preneur d'assurance ou l'assuré de leurs obligations stipulées aux art. 16 et 17 des présentes conditions générales d'assurance. Les dispositions de l'article 45 LCA sont applicables lorsqu'au vu des circonstances la violation des obligations ne résulte pas d'une faute du preneur d'assurance ou de l'assuré. Si tel est le cas, l'accomplissement de l'acte retardé doit être réalisé aussitôt l'empêchement disparu.
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. 11 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 ou d'un tiers responsable.
En cas de double assurance privée, les prestations selon les présentes conditions générales d'assurance sont accordées à titre subsidiaire aux prestations de l'autre assureur, sauf si les conditions d'assurance de l'autre assureur contiennent également une clause de subsidiarité; dans ce cas, les règles de la double assurance s'appliquent, à savoir:
 - lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque, et pour la même période, par plus d'un assu-

- reur, de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance (double assurance), le preneur est tenu d'en donner connaissance à tous les assureurs, sans retard et par écrit;
 - si le preneur d'assurance a omis cet avis intentionnellement, ou s'il a conclu la double assurance dans l'intention de se procurer par là un profit illicite, l'assureur n'est pas lié par le contrat;
 - chaque assureur a droit à toute la prime convenue.
2. 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.

Art. 12 Fournisseurs de prestations

Seuls les soins dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus par la législation sur l'assurance-maladie ou l'assureur sont pris en charge.

Art. 13 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 ou les tarifs privés dans les normes usuelles.
2. Il n'y a de prétention aux prestations que dans le cadre du tarif reconnu par l'assureur pour le fournisseur de prestations concerné.
3. Les accords sur les honoraires, passés entre fournisseurs de prestations et personnes assurées, ne lient pas l'assureur.

Art. 14 Prime anticipée et décompte définitif de la prime

1. Le preneur d'assurance paie une prime fixée provisoirement au début de chaque période d'assurance (prime anticipée) correspondant à la prime effective présumée. La période d'assurance est définie dans la police.
Dans l'hypothèse où un paiement par acomptes a été convenu, les acomptes arrivant à échéance au cours de l'année d'assurance sont dus.
2. Un décompte définitif de la prime est établi à la fin de chaque période d'assurance ou à la suite de la résiliation du contrat. Le preneur d'assurance est tenu de remplir le formulaire permettant à l'assureur de connaître toutes les données nécessaires à l'établissement du décompte définitif.
Si les informations nécessaires ne sont pas fournies dans les 30 jours dès l'envoi, l'assureur somme le preneur d'assurance de s'exécuter dans les 14 jours dès l'envoi de la sommation.
Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent d'un pourcentage qu'il fixera à son gré.
Les suppléments ou ristournes de prime doivent être versés dans les 30 jours qui suivent la remise du décompte définitif. L'assureur peut immédiatement dénoncer le contrat si le preneur d'assurance ne retourne pas le formulaire dans les délais.

L'assureur communique au preneur d'assurance le montant d'une éventuelle prime complémentaire, payable dans un délai d'un mois.

Le montant versé en trop est porté en acompte sur la prime provisoire de la période suivante ou, sur demande, remboursé au preneur d'assurance.

Les parties contractantes renoncent à la prime complémentaire, respectivement à la prime payée en trop, dans la mesure où elle est inférieure à Fr. 20.–.

3. Lorsque le montant de la prime complémentaire ou de la prime payée en trop est supérieur à Fr. 500.–, l'assureur peut adapter dans la même mesure la prime anticipée pour la prochaine période d'assurance.

Art. 15 Modification du tarif des primes

1. L'assureur peut adapter le tarif des primes en fonction de l'évolution des coûts, des sinistres et des modifications légales.
2. L'assureur doit informer le preneur d'assurance des nouvelles dispositions du contrat au moins 30 jours avant l'expiration de la période d'assurance. Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance concerné par la modification, avec effet à la fin de la période d'assurance en cours, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation. La résiliation doit être parvenue à l'assureur dans le délai de 30 jours.
3. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, les adaptations faites au niveau des primes seront considérées comme acceptées.

Art. 16 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance a l'obligation d'informer les personnes assurées de la teneur principale du présent contrat, de ses modifications et de sa résiliation. A cet effet, il reçoit de l'assureur le document «Informations pratiques et juridiques conformément à la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)».
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.
3. Le preneur d'assurance 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.

Art. 17 Obligations de l'assuré

1. L'assuré est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires (factures originales ou numérisées, certificats médicaux, ordonnances, etc.). L'assureur se réserve le droit d'exiger la production des documents originaux et des preuves de paiement.

2. L'assuré est tenu de vérifier auprès de l'assureur si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus.
3. Avant chaque traitement de médecine alternative, l'assuré est tenu de vérifier si le thérapeute par lequel il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus par l'assureur pour la thérapie envisagée.
4. Avant chaque début d'une cure thermale ou de convalescence, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours à l'avance.
5. L'assuré est tenu de vérifier préalablement auprès de l'assureur si les prestataires concernant les mesures de Promotion Santé (école du dos, fitness, désintoxication au tabac) font partie des prestataires reconnus par l'assureur.
6. L'assuré autorise expressément les thérapeutes qui l'ont soigné à donner au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour l'appréciation du cas. Il les délève à cette fin du secret professionnel.
7. 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. L'assuré doit se soumettre à ces expertises médicales qui servent à déterminer le diagnostic et à définir le droit aux prestations.
8. Les cas d'urgence à l'étranger doivent être immédiatement annoncés à la centrale d'appel Groupe Mutuel Assistance (numéro de téléphone +41 848 808 111).

Art. 18 Devoir de réduire le dommage

1. L'assuré doit, dès le début de la maladie et/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.
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. 19 Adaptation des conditions d'assurance

1. L'assureur est en droit d'adapter les présentes conditions générales d'assurance 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;
 - d. en cas de modification ou d'évolution législative.
2. Les nouvelles conditions s'appliquent au preneur d'assurance si elles sont adaptées selon le premier alinéa durant la validité de l'assurance. L'assureur communique par écrit ces adaptations au preneur d'assurance. **Si le preneur d'assurance ne les accepte pas, il peut résilier le contrat concerné pour la date d'entrée en vigueur des adap-**

tations. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation écrite dans les 25 jours (timbre postal) suivant la date d'envoi de la notification, il y a acceptation des nouvelles dispositions.

Art. 20 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées à l'administration générale de l'assureur ou à l'une de ses agences officielles dont les adresses figurent sur une liste mise à disposition par l'assureur.
2. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance.

Art. 21 Prescription

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

Art. 22 Lieu d'exécution et droit applicable

1. Sauf dispositions particulières contraires, les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et en francs suisses.
2. Le droit suisse est applicable.

Art. 23 For

1. En cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse ou de sa résidence habituelle en Suisse, soit ceux du siège de l'assureur.
2. Si l'assuré ou l'ayant droit est domicilié à l'étranger, le siège de l'assureur est le for exclusif.