

Conditions générales des assurances complémentaires de soins

CGC PA

CGCPA-F4 – édition 01.10.2003

Table des matières

A. Généralités

- Art. 1** Bases
Art. 2 Assureur, personnes assurées
Art. 3 Proposition

B. Etendue des assurances

- Art. 4** Objet des assurances
Art. 5 Admission dans les assurances
Art. 6 Etendue territoriale

C. Définitions

- Art. 7** Forme masculine et féminine
Art. 8 Maladie, maternité
Art. 9 Accident
Art. 10 Fournisseurs de prestations
Art. 11 Période d'assurance

D. Début et fin des assurances

- Art. 12** Début de la protection d'assurance
Art. 13 Durée du contrat
Art. 14 Police de remplacement
Art. 15 Fin des assurances
Art. 16 Résiliation
Art. 17 Renoncement au droit légal de retrait
Art. 18 Extinction du droit aux prestations

E. Primes et participations aux coûts

- Art. 19** Tarif de primes
Art. 20 Echéance, paiement des primes
Art. 21 Somation, retard dans le paiement

- Art. 22** Remboursement des primes
Art. 23 Adaptation du tarif des primes
Art. 24 Modification de l'échelonnement des primes
Art. 25 Remboursement des participations aux coûts

F. Obligations et justification des prétentions

- Art. 26** Obligation de se soumettre à un traitement médical, obligation de renseigner
Art. 27 Obligation de déclarer en cas de traitement ambulatoire
Art. 28 Obligation de déclarer en cas de traitement hospitalier
Art. 29 Obligation de déclarer en cas de cures
Art. 30 Justification des prétentions

G. Restrictions de la protection d'assurance

- Art. 31** Exclusions
Art. 32 Réductions
Art. 33 Prestations de tiers, subsidiarité
Art. 34 Prestations avancées, droit de recours

H. Divers

- Art. 35** Obligation de payer
Art. 36 Honoraires convenus et tarifs
Art. 37 Lieu d'exécution et for
Art. 38 Communications
Art. 39 Conventions particulières
Art. 40 Cession
Art. 41 Adaptation des conditions d'assurance
Art. 42 Texte de référence

A. Généralités

Art. 1 Bases

- Les bases du contrat sont constituées par:
 - les conditions générales des assurances complémentaires de soins, les conditions particulières d'assurance, les éventuelles conditions complémentaires d'assurance, ainsi que les dispositions de la police et des avenants éventuels;
 - les déclarations écrites que le preneur d'assurance (proposant) resp. les assurés (les personnes à assurer) font dans la proposition, dans le rapport du médecin consultant et dans d'autres documents.
- Les dispositions divergentes des conditions particulières ou complémentaires d'assurance ont la priorité sur ces conditions générales. Pour les assurés qui ont conclu une forme complémentaire d'assurance conformément à l'art. 62 LAMal (p. ex. HMO, modèles de médecins de famille), les conditions complémentaires d'assurance correspondantes s'appliquent.
- Dans la mesure où un état de fait n'est pas réglé expressément dans ces documents, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 est déterminante.

Art. 2 Assureur, personnes assurées

1. L'assureur, au sens des dispositions suivantes, est le Groupe Mutuel Assurances GMA SA, Martigny.
2. Sont assurées les personnes mentionnées dans la police.

Art. 3 Proposition

1. En vue de l'admission dans l'assurance ou d'une modification d'assurance, il y a lieu de remplir sincèrement et complètement la formule de proposition prévue à cet effet et de l'envoyer à l'assureur. Il en va de même pour les indications complémentaires demandées le cas échéant. L'assureur peut subordonner sa décision au résultat d'un examen médical.
2. Un nouveau-né peut être assuré dès le jour de sa naissance, dans la mesure où la formule de proposition est parvenue à l'assureur avant la naissance.
3. Si, lors de la conclusion de l'assurance, le proposant resp. l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, notamment des maladies ou suites d'accident existant au moment de la proposition d'assurance ou ayant existé antérieurement, l'assureur peut résilier le contrat d'assurance dans les quatre semaines à partir du moment où il en a eu connaissance.

B. Etendue des assurances

Art. 4 Objet des assurances

1. Sont assurables les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et des accidents en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les prestations seront accordées en complément de ces assurances obligatoires.
2. Les détails concernant les différentes assurances sont réglés dans les conditions particulières d'assurance.

Art. 5 Admission dans les assurances

1. L'assureur est en droit de mettre des maladies ou suites d'accident sous réserve ou de refuser l'assurance intégralement.
2. Aucune réserve ne sera formulée lors de l'admission d'enfants, si la proposition d'assurance est présentée avant la naissance. Les dispositions dérogatoires dans les conditions particulières d'assurance demeurent réservées.

Art. 6 Etendue territoriale

1. Les assurances sont valables dans le monde entier.
2. Les prestations à l'étranger sont versées, dans la mesure où les conditions particulières d'assurance le prévoient.
3. Pour les frontaliers, un corridor limitrophe de 20 km à partir de la frontière nationale suisse est assimilé à la Suisse.

C. Définitions

Art. 7 Forme masculine et féminine

La forme masculine choisie dans les présentes conditions générales des assurances complémentaires de soins et les autres dispositions, est également valable pour les personnes de sexe féminin.

Art. 8 Maladie, maternité

1. Par maladie, on entend tout trouble de la santé physique ou mentale, indépendant de la volonté de l'assuré et médicalement décelable, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas dû à un accident ou à une lésion corporelle assimilée à un accident conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire (LAA).
2. La grossesse et l'accouchement sont assimilés à la maladie, dans la mesure où l'assurance de la mère existait, au moment de l'accouchement, depuis une année au moins.

Art. 9 Accident

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire ainsi que les lésions corporelles assimilées à un accident, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire (LAA).

Art. 10 Fournisseurs de prestations

Sont réputés fournisseurs de prestations au sens du contrat les personnes, établissements et institutions qui sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 35 ss. LAMal ou à la charge de l'assurance-accidents selon l'art. 53 LAA et qui remplissent les conditions qui y sont fixées.

Art. 11 Période d'assurance

L'année civile est réputée période d'assurance.

D. Début et fin des assurances

Art. 12 Début de la protection d'assurance

Les assurances peuvent être conclues pour le premier jour de chaque mois. La protection d'assurance commence aussitôt que l'assureur reçoit la proposition d'assurance, mais au plus tôt le jour indiqué comme celui du début de l'assurance resp. le jour indiqué dans la police.

Art. 13 Durée du contrat

1. Lorsqu'une durée fixe est convenue dans le contrat, les assurances se renouvellent tacitement d'année en année à l'échéance de la durée du contrat, dans la mesure où les conditions particulières d'assurance ou la police ne prévoient pas de réglementation contraire.
2. Lorsqu'aucune durée contractuelle fixe n'est convenue ni dans la police ni dans les conditions particulières d'assurance, les assurances sont conclues à vie.

Art. 14 Police de remplacement

Lorsqu'une police est remplacée, les prestations touchées antérieurement et limitées contractuellement soit dans le temps soit par un montant maximum sont imputées sur le droit aux prestations futures.

Art. 15 Fin des assurances

1. Les assurances prennent fin par:
 - a. décès de la personne assurée;
 - b. résiliation;
 - c. retrait du preneur d'assurance ou de l'assureur (art. 21 al. 2);
 - d. transfert du domicile de droit civil à l'étranger;
 - e. transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, dans la mesure où aucun accord écrit contraire n'a été convenu expressément.
2. Les dispositions particulières concernant les travailleurs détachés au sens de l'art. 4 OAMal, demeurent réservées.

Art. 16 Résiliation

1. Le preneur d'assurance peut résilier les assurances:
 - après une durée de contrat minimale d'une année. Les conditions particulières d'assurance peuvent prévoir une durée minimale de contrat plus longue. La résiliation peut être déclarée pour la fin de chaque période d'assurance, moyennant un préavis de trois mois;
 - en cas d'adaptation des tarifs de primes ou des réglementations relatives aux franchises et aux participations aux coûts (art. 23);
 - en cas d'adaptation des conditions d'assurance (art. 41).
2. La résiliation doit être déclarée par écrit. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque l'assureur la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du délai de résiliation.
3. L'assureur renonce à user de son droit de résiliation, dans la mesure où les conditions particulières d'assurance ou la police ne prévoient pas de réglementation contraire.

Art. 17 Renoncement au droit légal de retrait

L'assureur renonce expressément à user du droit que lui confère la loi, de résilier le contrat après survenance d'un événement assuré, à moins que le preneur d'assurance resp. l'assuré n'ait commis une réticence ou qu'il n'ait fait ou tenté de faire un usage abusif de l'assurance.

Art. 18 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations (y compris les prestations pour les traitements de maladies, d'accidents et dentaires, antérieurs ou en cours) s'éteint au moment de la fin de l'assurance resp. de l'exclusion de la couverture d'assurance correspondante.

E. Primes et participations aux coûts

Art. 19 Tarif de primes

1. Les primes sont calculées par période d'assurance (art. 11) et sont portées dans le tarif de primes.
2. Le tarif de primes peut prévoir un échelonnement des primes selon l'âge, le sexe, la profession, l'activité ou le domicile de droit civil. Si l'assuré change de profession, d'activité ou de domicile de droit civil, l'assureur doit en être avisé immédiatement et par écrit. Les primes peuvent être adaptées avec effet au jour où le changement est intervenu.
3. Les primes sont adaptées chaque année au tarif de primes correspondant à l'âge actuel de l'assuré.

Art. 20 Echéance, paiement des primes

1. La prime annuelle doit être payée par avance. Elle échoit au 1^{er} janvier de chaque année, et si l'assurance commence en cours d'année, elle échoit au moment de l'envoi de la facture pour le reste de la période correspondante de l'année.
2. Le paiement par acomptes, moyennant un supplément de primes, peut être convenu. Les acomptes doivent également être payés par avance.
3. Lorsque le preneur d'assurance tient plusieurs assurances (y compris l'assurance obligatoire des soins) auprès de l'assureur, il doit choisir un mode de paiement uniforme.
4. Si le paiement par acomptes est convenu, les acomptes arrivant à échéance au cours de l'année sont considérés uniquement comme différés.
5. Lorsque le preneur d'assurance est en retard dans le paiement d'un acompte convenu, le solde de la prime pour la période d'assurance en cours est payable immédiatement.

Art. 21 Somation, retard dans le paiement

1. Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit de payer les primes en souffrance dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation mentionnera les conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.
2. Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation selon l'art. 21 al. 1, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.
3. Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation à prestations reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais. L'assureur n'est pas tenu de verser des prestations pour des cas d'assurance qui se sont produits pendant la durée du retard et après l'expiration du délai de sommation.

Art. 22 Remboursement des primes

1. Si, pour des raisons légales ou contractuelles, l'assurance est annulée avant l'expiration de la période d'assurance convenue, l'assureur rembourse la part de la prime acquittée pour la période d'assurance non échue resp. renonce à exiger le paiement d'acomptes arrivant à échéance ultérieurement.
2. Cette réglementation n'est pas applicable:
 - lors du retrait en cas de sinistre;
 - si le preneur d'assurance ou l'assuré a contrevenu à ses devoirs vis-à-vis de l'assureur;
 - si l'assurance, au moment de son extinction, était en vigueur depuis moins d'une année et se termine à l'instigation du preneur d'assurance.

Art. 23 Adaptation du tarif des primes

Si les tarifs de primes ou les réglementations relatives à la participation aux coûts changent, l'assureur peut exiger l'adaptation de l'assurance au premier jour de la prochaine période d'assurance. A cet effet, il doit communiquer les nouvelles conditions du contrat par écrit au preneur d'assurance au moins 25 jours avant l'entrée en vigueur des nouvelles conditions contractuelles. Le preneur d'assurance a le droit de résilier l'assurance, pour la fin de la période d'assurance en cours. S'il le fait, l'assurance s'éteint avec l'écoulement de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Si le preneur d'assurance omet de résilier l'assurance, il est censé avoir accepté l'adaptation de l'assurance.

Art. 24 Modification de l'échelonnement des primes

1. Si une modification de l'échelonnement des primes selon l'âge, la profession, l'activité ou le domicile de droit civil de l'assuré entraîne une modification des primes, l'assureur peut adapter la prime en conséquence avec effet au moment de la modification.
2. Une telle modification ne constitue pas un motif de résiliation au sens de l'art. 23.

Art. 25 Remboursement des participations aux coûts

1. Dans le cas de versements directs aux fournisseurs de prestations, le preneur d'assurance s'engage à reverser à l'assureur la franchise et la quote-part convenues dans les 30 jours qui suivent la présentation de la facture.
2. Si le preneur d'assurance ne remplit pas son obligation de remboursement, l'art. 21 s'applique par analogie.

F. Obligations et justification des prétentions

Art. 26 Obligation de se soumettre à un traitement médical, obligation de renseigner

1. Lorsqu'une maladie ou un accident donne probablement droit à des prestations, il y aura lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations.
2. L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs de prestations tout document et renseignement complémentaire, notamment des certificats médicaux. De plus, le preneur d'assurance resp. l'assuré doit fournir des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne le sinistre ainsi que les maladies et accidents antérieurs, et délie les fournisseurs de prestations qui le traitent ou l'ont traité, du secret professionnel à l'égard de l'assureur.
3. De plus, l'assuré est tenu, sur ordre de l'assureur, de se soumettre à un examen par des médecins mandatés par l'assureur (médecins-conseils).

Art. 27 Obligation de déclarer en cas de traitement ambulatoire

En cas de traitement ambulatoire, les factures détaillées et les pièces originales correspondantes doivent être envoyées à l'assureur à la fin du traitement, mais au moins une fois par année.

Art. 28 Obligation de déclarer en cas de traitement hospitalier

1. Toute entrée à l'hôpital doit être annoncée immédiatement à l'assureur, mais au plus tard après cinq jours.
2. A la demande de l'assuré, l'assureur délivrera une garantie de paiement lors d'une entrée à l'hôpital.

Art. 29 Obligation de déclarer en cas de cure

L'ordonnance médicale de cure doit être remise à l'assureur à temps avant le début de la cure avec indication de l'établissement de cure ou de la station thermale et de la date du début de la cure.

Art. 30 Justification des prétentions

1. Lorsque l'assuré fait valoir un droit aux prestations, il doit présenter à l'assureur tous les certificats médicaux, rapports et justificatifs originaux des fournisseurs de prestations ainsi que toutes les factures originales.

2. Lorsque, parallèlement à l'assureur, d'autres assureurs sociaux ou privés (p. ex. assurance-invalidité, assurance militaire, autres assurances-maladie ou accidents) sont aussi tenus de verser des prestations pour une maladie ou les suites d'un accident, il y a lieu de remettre à l'assureur, outre les documents mentionnés, également les décomptes de l'assureur correspondant.
3. Le preneur d'assurance resp. l'assuré doit informer l'assureur de la nature et l'étendue des prestations qu'il a reçues ou auxquelles il a droit, en cas de maladie ou d'accident, de la part de tiers dans le cadre de leurs responsabilités résultant d'un acte illégal, d'un contrat ou de la loi.

G. Restrictions de la protection d'assurance

Art. 31 Exclusions

1. Sont exclus de l'assurance les maladies et accidents survenant en relation avec les événements suivants:
 - les suites d'événements belliqueux en Suisse et à l'étranger. Cependant, si l'assuré est surpris par l'éclatement de ces faits dans le pays où il séjourne, la protection d'assurance déploie encore ses effets pendant les 14 jours qui suivent la première survenance de ces événements;
 - le service militaire étranger;
 - la participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme;
 - la participation à des troubles, des manifestations ou des agitations similaires;
 - la perpétration de crimes et de délits soit intentionnellement soit par négligence grave;
 - la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que l'assuré ait été blessé par les protagonistes alors qu'il n'était pas en cause ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
 - les dangers auxquels l'assuré s'est exposé en provoquant gravement autrui;
 - les effets de radiations ionisantes et les dommages consécutifs aux effets de l'énergie atomique;
 - la consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes ainsi que l'abus d'alcool et de médicaments;
 - les suicides ou tentatives de suicide ou les automutilations.
2. De plus, aucune prestation n'est versée pour:
 - les thérapies cellulaires, les cures d'amaigrissement, les thérapies de remise en forme;
 - les traitements dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon des méthodes scientifiques;
 - les interruptions de grossesse, la fécondation artificielle ainsi que les traitements de la stérilité;
 - les traitements esthétiques (y compris les complications et les suites tardives);

- les changements de sexe (y compris les complications et les suites tardives);
- les participations aux coûts (franchises et quotes-parts) de l'assurance obligatoire des soins et d'autres assurances.

Art. 32 Réductions

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- lorsque le preneur d'assurance resp. l'assuré ne satisfait pas à ses obligations et devoirs, à moins qu'il ne prouve que cette transgression a eu lieu sans faute de sa part;
- lorsque l'événement assuré est provoqué par une négligence grave du preneur d'assurance resp. de l'assuré;
- en cas d'accidents consécutifs à une entreprise téméraire. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré provoque un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. Toutefois, le sauvetage d'une personne est couvert par l'assurance même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire.

Art. 33 Prestations de tiers, subsidiarité

1. Les prestations des assurances complémentaires des soins sont accordées en complément des prestations versées selon la législation fédérale suisse sur l'assurance-maladie, accident, militaire et invalidité, et des assurances étrangères correspondantes. Lorsque l'assuré a droit à des prestations des assurances sociales nommées, les prestations ne sont accordées que si le cas a été annoncé à ces assureurs dans les délais impartis.
2. Lorsque des contrats d'assurance de droit privé ont été conclus auprès de plusieurs assureurs tenus de verser des prestations, les prestations seront versées globalement une seule fois. Dans ce cas, le montant des prestations que devrait verser chaque assureur en fonction de l'assurance existante auprès de lui, s'il était le seul à assurer ces prestations, sera déterminé et servira à calculer la somme totale de ces prestations. Dans le versement global des prestations, chaque assureur ne devra prendre en charge que ce qui correspond à sa part de cette somme totale.
3. Lorsque, pour les suites d'une maladie ou d'un accident, des tiers responsables ou leurs assureurs responsabilité civile sont tenus de verser des prestations, les prestations ne seront accordées que lorsque ceux-ci auront versé les leurs et seulement dans la mesure où ces prestations ne constituent pas une source de gain pour l'assuré. Les prestations avancées selon l'art. 34 demeurent réservées.
4. Lorsqu'un autre assureur réduit ses prestations ou refuse de les accorder pour des raisons qui donnent droit selon l'art. 32 à une réduction des prestations, la perte due à la réduction de l'autre assurance ne sera pas compensée.

Art. 34 Prestations avancées, droit de recours

1. L'assureur peut verser des prestations en avance à condition que l'assuré lui cède ses droits envers de tiers à hauteur des prestations accordées et s'engage à ne rien entreprendre qui pourrait s'opposer à l'exercice de l'éventuel droit de recours contre les tiers.
2. L'assureur est libéré de toute obligation en matière de prestations lorsque l'assuré conclut, sans l'accord de l'assureur, un arrangement avec un tiers tenu de verser des prestations par lequel il renonce en partie ou en totalité à des prestations d'assurance ou à des indemnités ou par lequel il reçoit une indemnité en capital.

H. Divers

Art. 35 Obligation de payer

Le débiteur des fournisseurs de prestations est par principe l'assuré. Le preneur d'assurance resp. l'assuré accepte cependant que l'assureur et les fournisseurs de prestations concluent des accords prévoyant le paiement direct aux fournisseurs de prestations.

Art. 36 Honoraires convenus et tarifs

1. Les honoraires convenus entre l'assuré et le fournisseur de prestations n'engagent pas l'assureur. L'assureur ne s'engage à verser des prestations que dans le cadre des tarifs qu'il reconnaît.
2. L'assureur reconnaît les tarifs acceptés par les assurances sociales suisses et les tarifs privés usuels. Les dispositions des conditions particulières d'assurance qui diffèrent de celles-ci demeurent réservées.

Art. 37 Lieu d'exécution et for

1. Les obligations découlant du présent contrat sont à acquitter en Suisse et en monnaie suisse.
2. En cas de contestations découlant du présent contrat, le preneur d'assurance resp. l'assuré peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse soit ceux du siège de l'assureur.

Art. 38 Communications

1. Toutes les communications peuvent être adressées valablement au siège principal du Groupe Mutuel Assurances GMA SA ou à la représentation désignée dans la police.
2. Les communications de l'assureur se font valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée par le preneur d'assurance.

Art. 39 Conventions particulières

Les conventions en dehors de ces dispositions ne lient l'assureur que si elles ont été confirmées par le siège principal.

Art. 40 Cession

Avant leur fixation définitive, les prétentions à des prestations assurées ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans accord de l'assureur.

Art. 41 Adaptation des conditions d'assurance

1. L'assureur a le droit d'adapter les conditions d'assurance en particulier lors de:
 - a. l'augmentation du nombre ou l'apparition de nouveaux genres de fournisseurs de prestations;
 - b. le développement de la médecine moderne;
 - c. l'apparition de formes thérapeutiques nouvelles ou plus coûteuses (médicaments, formes d'opérations, techniques diagnostiques, etc.);
 - d. la modification des dispositions concernant les prestations de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ou de ses ordonnances d'exécution.
2. Lorsque les conditions d'assurance sont adaptées pour ces raisons, les nouvelles conditions s'appliquent au preneur d'assurance resp. à l'assuré et à l'assureur. L'assureur communique par écrit au preneur d'assurance les adaptations au plus tard 25 jours avant leur entrée en vigueur. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours. S'il use de ce droit, l'assurance s'éteint à la fin de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Lorsque le preneur d'assurance ne résilie pas son contrat, cela vaut pour acceptation de l'adaptation d'assurance.

Art. 38 Texte de référence

En cas de divergences linguistiques entre les textes, seuls les documents allemands ont force de loi.