groupemutuel

Assurance privée selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)
Conditions générales de l'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins

CGA

VHAM01-VFAM01-VAAM01-F4 – édition 01.09.2010

Table des matières

A. Dispositions communes
Art. 1 Bases légales
Art. 2 Qui peut conclure un contrat d'assurance complémentaire?
Art. 3 Vue d'ensemble des prestations de l'assurance complémentaire
Art. 4 Conditions d'admission ou de modification du contrat
Art. 5 Début et durée du contrat
Art. 6 Police d'assurance
Art. 7 Primes
Art. 8 Conséquences du retard dans le paiement des primes
Art. 9 Conséquences du retard dans le paiement d'autres créances
Art. 10 Droit de résiliation
Art. 11 Suspension de la couverture d'assurance
Art. 12 Augmentation des primes ou modifications des conditions générales d'assurance
Art. 13 Cession et mise en gage
Art. 14 Prestations d'autres assureurs ou de tiers
Art. 15 Assurance collective
Art. 16 Restrictions générales de la couverture d'assurance
Art. 17 Faute grave

B. Dispositions particulières des modules A et B
Art. 18 Prestations détaillées des modules A et B
Art. 19 Prestations exclues des modules A et B
Art. 20 Coordination avec l'assurance obligatoire

C. Dispositions particulières des modules C et D
Art. 21 Franchise annuelle
Art. 22 Prestations détaillées des modules C et D
Art. 23 Prestations en faveur du nouveau-né
Art. 24 Garantie des frais d'hospitalisation
Art. 25 Hospitalisation urgente lors d'un séjour à l'étranger
Art. 26 Prestations exclues des modules C et D
Art. 27 Coordination avec l'assurance obligatoire

D. Dispositions particulières des modules E et F
Art. 28 Limitations par rapport aux modules C et D

E. Dispositions particulières des modules G et H
Art. 29 Dispositions particulières

F. Dispositions finales
Art. 30 Litiges
Art. 31 Validité

A. Dispositions communes

Art. 1 Bases légales

a. Les caisses-maladie reconnues peuvent pratiquer l'assurance complémentaire en vertu de l'article 12, alinéa 2, de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal ou assurance obligatoire).
b. L'assurance complémentaire est régie par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) et par le code des obligations.

Art. 2 Qui peut conclure un contrat d'assurance complémentaire?

a. L'assurance complémentaire ne peut être conclue qu'en complément de l'assurance obligatoire pratiquée par un assureur reconnu au sens de la LAMal.
b. L'assurance complémentaire peut être souscrite jusqu'à 60 ans révolus.
c. La proposition d'assurance doit être présentée sur la formule mise à disposition par l'assureur.

Art. 3 Vue d'ensemble des prestations de l'assurance complémentaire

a. L'assurance complémentaire est formée de prestations regroupées par module:
Module A: complément ambulatoire, prestations à l'étranger en cas d'urgence et hospitalisation hors du canton de domicile en chambre commune d'un établissement public dans toute la Suisse (variante usuelle);
Module B: complément ambulatoire, prestations à l'étranger en cas d'urgence et hospitalisation hors du canton de

domicile en chambre commune d'un établissement public ou privé dans toute la Suisse (variante étendue);
Module C*: hospitalisation en division semi-privée, avec libre choix de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite, et dès le 01.01.2011, aussi en fonction de l'âge effectif;
Module D*: hospitalisation en division privée, avec libre choix de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite, et dès le 01.01.2011, aussi en fonction de l'âge effectif;
Module E*: hospitalisation en division semi-privée, avec choix limité de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite, et dès le 01.01.2011, aussi en fonction de l'âge effectif;
Module F*: hospitalisation en division privée avec choix limité de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite, et dès le 01.01.2011, aussi en fonction de l'âge effectif;
Module G: hospitalisation en division semi-privée, avec libre choix de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite en fonction de l'âge effectif;
Module H: hospitalisation en division privée, avec libre choix de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite en fonction de l'âge effectif.

b. Définition de la maladie: 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.
c. Définition de la maternité: la maternité comprend la grossesse, l'accouchement, ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.
d. Définition de l'accident: toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale.

* Ne subsiste que pour garantir les droits acquis des assurés qui avaient choisi ce module avant le 1er janvier 2000.

Art. 4 Conditions d'admission ou de modification du contrat

a. L'assurance complémentaire peut être assortie de réserves médicales pour les affections existantes lors de l'admission, ainsi que pour celles antérieures à la conclusion du contrat et susceptibles de récidiver. Les réserves sont applicables à la couverture sollicitée jusqu'à la fin du contrat. L'assureur se réserve également la possibilité de refuser la proposition.
b. Toute modification d'assurance impliquant une augmentation du risque est assimilée à un nouveau contrat, à moins que les conditions particulières d'assurance n'en disposent différemment.
c. Le passage du module G ou H au module C, D, E ou F n'est pas admis.

Art. 5 Début et durée du contrat

a. L'assurance débute à la date fixée dans la police.
b. L'assurance est conclue jusqu'à la fin de l'année civile en cours à la date de l'entrée en vigueur du contrat. Elle est reconduite tacitement d'année en année.

Art. 6 Police d'assurance

a. L'assuré ne reçoit qu'une seule police indiquant les prestations assurées en vertu de la LAMal et de la LCA.
b. Dans la police, les assurances relevant de la LAMal et de la LCA sont clairement définies et séparées.
c. Si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte, faute de quoi la teneur en est considérée comme acceptée.

Art. 7 Primes

a. La périodicité du paiement des primes est le mois, le trimestre, le semestre ou l'année civile.
b. La prime est due au début de la période; le délai de paiement est fixé dans le décompte.
c. La périodicité du paiement des primes est obligatoirement identique pour toutes les assurances souscrites auprès de l'assureur, y compris, le cas échéant, celles régies par la LAMal.
d. Lorsque seule l'assurance complémentaire est souscrite ou maintenue auprès de l'assureur, le tarif peut prévoir une majoration de la prime.
e. Le paiement des primes par trimestre, semestre ou année donne droit à une réduction fixée dans le tarif.
f. L'âge d'entrée est déterminé, module par module, en soustrayant l'année de naissance de l'année durant laquelle l'admission ou la modification prend effet.
g. Les primes des modules A et B sont fixées dans un tarif par groupes d'âges d'entrée dans l'assurance. Les enfants passent cependant au groupe d'âges supérieur le 1er janvier qui suit l'année au cours de laquelle ils ont atteint 18 ans. Les jeunes de 19 à 25 ans passent dans le premier groupe d'âges des adultes le 1er janvier de l'année qui suit celle de leurs 25 ans et ils conservent ce groupe d'âges.
h. Les primes des modules C, D, E, F, G et H sont fixées dans un tarif évolutif par classes d'âges, c'est-à-dire dont les primes sont calculées en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite en fonction de l'âge effectif (pour les modules C, D, E, F, seulement dès le 01.01.2011).

Art. 8 Conséquences du retard dans le paiement des primes

a. Si la prime n'est pas payée à l'échéance fixée dans le décompte, le preneur d'assurance reçoit un rappel.
b. Si le rappel reste sans effet, le débiteur est sommé par écrit d'en effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. Celle-ci rappelle les conséquences du retard, à savoir que l'assureur résilie le contrat à partir de l'expiration du délai légal précité et qu'elle renonce au paiement de la prime arriérée. Si la police

d'assurance comprend également l'assurance obligatoire des soins, le preneur reçoit alors une nouvelle police, dont l'assurance complémentaire a été exclue.

c. Si la prime est payée ultérieurement, l'assureur peut refuser la remise en vigueur du contrat ou la subordonner aux conditions régissant une nouvelle admission.
d. Toute garantie de prestations est refusée dès le terme du délai fixé dans le rappel et jusqu'à réception du paiement; les prestations restent dues, selon le principe du tiers garant, en fonction des tarifs qui auraient été appliqués par le fournisseur de soins si une garantie avait été délivrée.

Art. 9 Conséquences du retard dans le paiement d'autres créances

a. Les créances autres que celles relevant des primes font l'objet d'un rappel, si nécessaire d'une sommation (+ Fr. 50.– de frais) et d'une poursuite, étant entendu que l'assureur a le droit de compenser ces créances avec les prestations dues au titre de l'assurance complémentaire.
b. Toute garantie de prestations est refusée dès le terme du délai fixé dans le rappel et jusqu'à réception du paiement; les prestations restent dues, selon le principe du tiers garant, en fonction des tarifs qui auraient été appliqués par le fournisseur de soins si une garantie avait été délivrée.

Art. 10 Droit de résiliation

Bien que l'assureur renonce expressément à son droit de résilier le contrat d'assurance, sauf en cas de réticence, le preneur d'assurance peut, lui, résilier par écrit tout ou partie du contrat d'assurance:

a. pour la fin de chaque année civile moyennant préavis d'au moins 3 mois;
b. après chaque sinistre pour lequel une prestation est due. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard 14 jours après que le preneur d'assurance ait eu connaissance du paiement. L'assureur conserve son droit à la prime pour l'année d'assurance en cours.

Art. 11 Suspension de la couverture d'assurance

a. Le paiement d'une prime réduite permet le maintien des rapports d'assurance, mais sans droit aux prestations, tant que le motif de la suspension est réalisé.
b. Les motifs de suspension sont les suivants:
   – l'assuré n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire;
   – il doit être assuré contractuellement dans le contrat collectif de son employeur ou d'une association.
c. Le preneur d'assurance dispose de trente jours à compter de la date à laquelle le motif de suspension n'est plus réalisé pour demander la remise en vigueur de l'assurance. Celle-ci interviendra indépendamment de l'âge et de l'état de santé de l'assuré.
d. La durée de la suspension est d'au moins 2 mois et d'au plus 5 ans.

Art. 12 Augmentation des primes ou modifications des conditions générales d'assurance

L'assureur peut augmenter ses primes ou modifier ses conditions générales chaque 1er janvier, moyennant:

a. l'accord préalable de la FINMA;
b. un préavis adressé au preneur d'assurance au plus tard 2 mois avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions;
c. le droit du preneur d'assurance de se départir du contrat, par écrit, dans un délai d'un mois dès la notification. A défaut, les nouvelles primes et les nouvelles conditions générales sont réputées acceptées par le preneur d'assurance.

Art. 13 Cession et mise en gage

Le preneur d'assurance ou l'assuré ne peut ni céder, ni mettre en gage les prestations assurées sans l'accord écrit de l'assureur.

Art. 14 Prestations d'autres assureurs ou de tiers

a. Si plusieurs assureurs sont appelés à intervenir pour une même prestation, l'assureur n'alloue ses prestations que dans la proportion existant entre les prestations assurées par lui et le montant total des prestations garanties par l'ensemble des assureurs.
b. Si l'assureur est appelé à avancer ses prestations en lieu et place d'un tiers, l'assuré est tenu de lui céder ses droits jusqu'à concurrence du montant avancé par l'assureur.
c. Si le preneur d'assurance ou l'assuré accepte une transaction avec un tiers responsable et que cette transaction porte préjudice à l'assureur, il perd tout droit aux prestations de l'assureur pour le cas concerné et doit rembourser les prestations avancées par l'assureur.

Art. 15 Assurance collective

a. Dans l'assurance collective, les primes et prestations peuvent être différentes de celles de l'assurance individuelle. Les dispositions qui dérogent aux conditions générales d'assurance figurent dans le contrat.
b. Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective du fait qu'il n'appartient plus au cercle des assurés défini dans le contrat, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle, pour une couverture similaire et ceci quels que soient son âge et son état de santé. L'assuré doit faire valoir spontanément son droit de libre passage dans les 3 mois à compter du jour de la sortie de l'assurance collective. A défaut, l'assuré est censé avoir renoncé à son droit.

Art. 16 Restrictions générales de la couverture d'assurance

L'assurance ne prend pas en charge:

a. la participation légale de l'assuré aux coûts découlant d'une assurance sociale;
b. les maladies, malformations, infirmités et accidents ou leurs séquelles existant avant l'entrée en vigueur de l'assurance;

c. les accidents survenus lors d'une rixe, d'une bagarre ou de troubles de l'ordre public, sauf si l'assuré prouve qu'il n'y a pas pris part de manière active, ainsi que les maladies et accidents causés par des radiations ionisantes ou des faits de guerre;
d. les frais dentaires, chaque fois que leur couverture n'est pas expressément mentionnée comme telle dans les conditions générales d'assurance;
e. le sinistre intentionnel;
f. les soins médicaux prodigués avant la date d'entrée en vigueur ou après la fin du contrat;
g. les factures soumises à l'assureur plus de 24 mois après leur établissement.

Art. 17 Faute grave

a. En cas de faute grave ou d'entreprise téméraire de l'assuré ou de la personne qui en a la charge, les prestations sont réduites dans la mesure du degré de la faute; le cas de l'acte de dévouement dans le but de sauver une vie humaine est réservé.
b. En cas de réduction pour faute grave opérée par un assureur tiers, l'assureur est libéré de l'obligation de verser les prestations dans la mesure où, en l'absence de faute, il n'aurait pas été tenu de les fournir.

B. Dispositions particulières des modules A et B

Traitements ambulatoires, prestations à l'étranger en cas d'urgence, hospitalisation hors du canton de domicile en chambre commune dans toute la Suisse.

Art. 18 Prestations détaillées des modules A et B

Prestations	**Module A (variante usuelle)**	**Module B (variante étendue)**
Hospitalisation hors-canton pour soins somatiques aigus en chambre commune dans toute la Suisse, par convenance personnelle	Remboursement de la part des frais non couverte par l'assurance obligatoire en cas de séjour dans un établissement **public** admis par le canton au sens de sa planification hospitalière	Remboursement de la part des frais non couverte par l'assurance obligatoire en cas de séjour dans un établissement **public** admis par le canton au sens de sa planification hospitalière ou d'un établissement **privé** avec lequel l'assureur a passé une convention
Accouchement	La couverture d'hospitalisation de la mère s'étend également au nouveau-né en bonne santé, tant qu'il séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère	
Transport urgent (sauvetage)	Remboursement de la part des frais de transport urgent en ambulance ou en hélicoptère qui n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire, pour autant que le but de la course soit un hôpital et que l'état de santé de l'assuré ne lui permette pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé	
Contrôle préventif chez un médecin	Participation de Fr. 200.– par année civile	Participation de Fr. 300.– par année civile
Lunettes et verres de contact	Participation de Fr. 200.– par année civile	
Moyens auxiliaires exclus de l'assurance obligatoire, sur prescription médicale (lunettes, verres de contact, appareils et prothèses dentaires, appareils acoustiques, chaussures exclus)	Remboursement de 50% des frais, jusqu'à concurrence de Fr. 1'000.– par année civile	Remboursement de 70% des frais, jusqu'à concurrence de Fr. 1'500.– par année civile
Ostéopathie et étiopathie	Remboursement de 80% des frais	
Médecines complémentaires non reconnues au sens de l'assurance obligatoire, pratiquée à but thérapeutique par un thérapeute diplômé ou un médecin	Remboursement de 50% des frais de soins, analyses, matériel et médicaments	Remboursement de 75% des frais de soins, analyses, matériel et médicaments
Psychothérapie déléguée par un médecin à un psychothérapeute non médecin exerçant à titre indépendant	Prise en charge de 60 séances d'une heure dans une période de 2 ans, à raison de Fr. 20.– le quart d'heure	
Traitement orthodontique des enfants jusqu'à 18 ans, à titre thérapeutique	Remboursement de 50% des frais, au maximum Fr. 2'500.– par année civile, cas à charge de l'AI exclu	Remboursement de 50% des frais, au maximum Fr. 5'000.– par année civile, cas à charge de l'AI exclu
Soins dentaires en faveur des enfants jusqu'à 18 ans	Fr. 200.– par année civile	
Prestations	**Module A (variante usuelle)**	**Module B (variante étendue)**

Médicaments non reconnus au sens de l'assurance obligatoire, liste négative exclue, destinés à combattre une maladie et prescrits par un médecin	Remboursement de 90% des frais, au maximum Fr. 20'000.– par année civile	Remboursement de 90% des frais, au maximum Fr. 40'000.– par année civile
Convalescence en Suisse dans un établissement médicalisé admis, sur demande préalable et accord de l'assureur	Fr. 60.– par jour durant 21 jours au plus par année civile	Fr. 80.– par jour durant 21 jours au plus par année civile
Cure balnéaire faisant partie intégrante d'un traitement médical déjà en cours, prescrite par un médecin, de 14 jours au minimum dans un établissement admis en Suisse, sur demande préalable et accord de l'assureur		Prise en charge des frais de séjour à concurrence des frais effectifs justifiés par des factures, au maximum Fr. 50.– par jour durant 21 jours par année civile
Aide au ménage d'un organisme public ou privé et admis, justifiée médicalement par une affection grave	Remboursement de 70% des frais, au maximum Fr. 500.– par année civile. Si l'aide évite une hospitalisation, le médecin-conseil peut, sur demande préalable, porter cette prestation à Fr. 2'000.–	Remboursement de 70% des frais, au maximum Fr. 1'000.– par année civile. Si l'aide évite une hospitalisation, le médecin-conseil peut, sur demande préalable, porter cette prestation à Fr. 3'000.–
Allocation d'allaitement	Allocation d'allaitement unique de Fr. 300.–	
Traitement à l'étranger en cas d'urgence (il y a urgence lorsque l'assuré qui séjourne à l'étranger nécessite un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié)	Remboursement de 80% des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation en division commune qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire, jusqu'à concurrence de Fr. 10'000.– par année civile. Les frais d'assistance à l'étranger et de rapatriement sont couverts conformément aux conditions ci-jointes de l'accord passé entre l'assureur et une société d'assistance	

Art. 19 Prestations exclues des modules A et B

a. Les traitements dentaires, dans la mesure où ils ne sont pas expressément mentionnés comme couverts, les traitements esthétiques ou consécutifs à un traitement esthétique, les traitements psychiatriques, les maladies dues à l'alcool ou à la drogue, le changement de sexe, les transplantations et les greffes d'organes ou de cellules, les séjours de réadaptation, les cas exclus de l'assurance obligatoire.
b. Les frais d'hospitalisation mis à la charge du canton de domicile de l'assuré pour des raisons médicales au sens de la LAMal.

Art. 20 Coordination avec l'assurance obligatoire

a. Si l'assurance obligatoire est conclue auprès d'un autre assureur, l'assuré doit présenter à l'assureur le décompte original des prestations versées par cet autre assureur pour bénéficier des prestations complémentaires assurées par l'assureur.
b. L'assureur se réserve le droit de demander d'autres justificatifs.

C. Dispositions particulières des modules C et D

Hospitalisation en division semi-privée ou privée, avec libre choix de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite, et dès le 01.01.2011, aussi en fonction de l'âge effectif.

Art. 21 Franchise annuelle

a. Les modules C et D peuvent être souscrits sans franchise ou avec une franchise annuelle de Fr. 500.–, Fr. 1'000.–, Fr. 1'500 ou Fr. 2'000.– imputable à l'année au cours de laquelle l'hospitalisation a débuté. En cas de souscription en cours d'année, la franchise entière est perçue.
b. La modification de la franchise ne peut avoir lieu qu'après qu'elle ait été valable au moins 2 années civiles complètes. L'assuré doit en faire la demande par écrit, 3 mois à l'avance pour la fin d'une année civile. La modification de la franchise annuelle n'est pas assimilée à une augmentation du risque au sens de l'article 4, lettre b.
c. La franchise annuelle souscrite n'est pas perçue si l'assureur n'a pas alloué de prestations au titre des modules C et D durant les cinq années précédant l'hospitalisation; les prestations servies en cas de maternité ne sont pas prises en considération.

Art. 22 Prestations détaillées des modules C et D

a. Cette assurance complète les prestations de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal en cas d'hospitalisation pour soins somatiques aigus, en division semi-privée ou privée – selon le module choisi par l'assuré –, d'un établissement public ou privé admis par le canton au sens de sa planification hospitalière.
b. L'assurance s'étend à la maternité dès le 13e mois d'assurance (délai d'attente d'une année).
c. Si l'assuré est couvert par l'assurance accident obligatoire (LAA) et si le risque accident est inclus, l'assurance complémentaire prend en charge la différence entre le montant facturé pour la division semi-privée ou privée et celui dû par l'assureur accident.

Art. 23 Prestations en faveur du nouveau-né

En cas d'accouchement, la couverture d'hospitalisation de la mère s'étend également au nouveau-né en bonne santé, tant qu'il séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère.

Art. 24 Garantie des frais d'hospitalisation

a. Lors d'un séjour hospitalier dans un établissement public ou privé avec lequel l'assureur a passé un accord, et pour autant que l'affection traitée soit couverte dans le cadre de la présente assurance, l'assureur garantit à l'établissement la prise en charge des frais et paie sa facture.
b. Si le séjour a lieu dans un établissement qui n'a pas passé d'accord avec l'assureur, aucune garantie n'est délivrée; l'assureur rembourse ses prestations au preneur d'assurance, lequel est responsable d'une éventuelle avance de frais et du paiement des factures. L'assureur se réserve la possibilité de limiter son remboursement au montant qui aurait été dû si l'assuré avait séjourné dans un établissement apte à traiter l'affection et ayant conclu un accord avec l'assureur. Cette restriction ne peut cependant intervenir qu'après que le preneur d'assurance en ait été dûment avisé.

Art. 25 Hospitalisation urgente lors d'un séjour à l'étranger

a. Il y a urgence lorsque l'assuré qui séjourne temporairement à l'étranger nécessite un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié.
b. L'assureur prend en charge la différence entre le montant des factures détaillées et celui dû par l'assurance obligatoire et le module A ou B, mais au maximum par année civile Fr. 20'000.– pour le module C et Fr. 30'000.– pour le module D.

Art. 26 Prestations exclues des modules C et D

a. Les traitements dentaires, les traitements esthétiques ou consécutifs à un traitement esthétique, les traitements psychiatriques, les maladies dues à l'alcool ou à la drogue, le changement de sexe, les transplantations et les greffes d'organes ou de cellules, les séjours de réadaptation, les cas exclus de l'assurance obligatoire.
b. Les frais d'hospitalisation mis à la charge du canton de domicile de l'assuré pour des raisons médicales au sens de la LAMal.

Art. 27 Coordination avec l'assurance obligatoire

a. Si l'assurance obligatoire est conclue auprès d'un autre assureur, l'assuré doit présenter à l'assureur le décompte original des prestations versées par cet autre assureur pour bénéficier des prestations complémentaires assurées par l'assureur.
b. L'assureur se réserve le droit de demander d'autres justificatifs.

D. Dispositions particulières des modules E et F

Hospitalisation en division semi-privée ou privée, avec choix limité de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge d'entrée à la conclusion du contrat, mais évoluant par la suite, et dès le 01.01.2011, aussi en fonction de l'âge effectif.

Art. 28 Limitations par rapport aux modules C et D

Les articles 21 à 27 sont applicables par analogie en remplaçant les modules C et D par E et F et sous réserve des modifications suivantes:

a. l'assuré doit séjourner dans un des établissements figurant sur une liste établie régulièrement par l'assureur, dont seule la dernière fait foi. A défaut, aucune prestation n'est due;
b. dans les trente jours après qu'il ait eu connaissance d'une modification de la liste, l'assuré peut demander le passage du module E au module C ou du module F au module D, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime. La modification prend effet à la date de validité de la nouvelle liste et n'est pas considérée comme une augmentation du risque;

c. en cas d'hospitalisation à l'étranger au sens de l'article 25, l'assuré n'a droit à aucune prestation des modules E et F.

E. Dispositions particulières des modules G et H

Hospitalisation en division semi-privée ou privée, avec libre choix de l'établissement et selon le système de la prime variable calculée en fonction de l'âge effectif.

Art. 29 Dispositions particulières

a. Les articles 21 à 27 sont applicables par analogie en rem-

plaçant les modules C et D par G et H, sous réserve de la différence mentionnée au point b ci-après.

b. L'assuré a la possibilité de choisir une franchise annuelle de Fr. 3'000.– dans les modules G et H, en plus des franchises indiquées à l'article 21, lettre a.

c. Pour éviter toute ambiguïté, l'article 25, lettre b, doit être compris comme suit:
L'assureur prend en charge la différence entre le montant des factures détaillées et celui dû par l'assurance obligatoire et le module A ou B, mais au maximum par année civile Fr. 20'000.– pour le module G et Fr. 30'000.– pour le module H.

F. Dispositions finales

Art. 30 Litiges

a. En cas de contestation relative au contrat d'assurance, l'assuré a le choix entre le for ordinaire (lieu du siège de l'assureur) et celui de son domicile en Suisse.

b. Les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves; les parties ne supportent aucun frais de procédure; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ces frais.

Art. 31 Validité

Les présentes conditions générales d'assurance:

a. entrent en vigueur le 1er janvier 2011, avec l'accord de la FINMA;

b. portent la référence «Edition 01.09.2010».