

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

CGC

CAGA03-F6 – édition 01.09.2010

Table des matières

Art. 1	Contrat d'assurance individuel par produit et bases du contrat d'assurance	Art. 22	Surassurance
Art. 2	But de l'assurance	Art. 23	Fournisseurs de prestations
Art. 3	Définitions	Art. 24	Tarif des fournisseurs de prestations
Art. 4	Validité territoriale	Art. 25	Cession et mise en gage des prestations
Art. 5	Preneur d'assurance et personne assurée	Art. 26	Fixation des primes
Art. 6	Proposition d'assurance	Art. 27	Païement des primes
Art. 7	Visite médicale	Art. 27a	Sommation, mise en demeure et poursuite
Art. 8	Réserves	Art. 28	Remboursement des franchises annuelles et des quotes-parts
Art. 9	Demande d'augmentation du risque couvert	Art. 29	Modification du tarif des primes, des franchises et des quotes-parts
Art. 10	Début du contrat et de la couverture d'assurance	Art. 30	Compensation
Art. 11	Réticence	Art. 31	Devoirs en cas de sinistre
Art. 12	Période d'assurance	Art. 32	Devoirs d'information
Art. 12a	Limite d'affiliation	Art. 33	Renseignements et contrôles
Art. 13	Durée et résiliation du contrat d'assurance	Art. 34	Devoirs de réduire le dommage
Art. 14	Fin du contrat d'assurance	Art. 35	Fausses factures et fraude à l'assurance
Art. 15	Etendue et durée des prestations	Art. 36	Adaptation des conditions d'assurance
Art. 16	Droit aux prestations	Art. 37	Communications
Art. 17	Païement des prestations	Art. 38	Prescription
Art. 18	Exclusions de prestations	Art. 39	Conditions particulières d'assurance
Art. 19	Faute grave de l'assuré	Art. 40	Assurance collective
Art. 20	Pluralité d'assureurs et prestations de tiers	Art. 41	Lieu d'exécution et for
Art. 21	Double assurance		

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

Art. 1 Contrat d'assurance individuel par produit et bases du contrat d'assurance

- Pour autant que les conditions du contrat ne prévoient pas de dérogation, le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908.
- La proposition d'assurance, la police d'assurance, les présentes conditions générales, les conditions particulières ainsi que les éventuelles conventions particulières constituent les bases du contrat d'assurance.
- Chaque produit d'assurance, défini par des conditions particulières idoines, fait l'objet d'un contrat individuel et distinct.

Art. 2 But de l'assurance

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

Art. 3 Définitions

- 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 élongations 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 Validité territoriale

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

Art. 5 Preneur d'assurance et personne assurée

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

Art. 6 Proposition d'assurance

1. La signature de la proposition d'assurance ne constitue pas une demande d'offre, mais une déclaration formelle du proposant à l'assureur de vouloir contracter un ou plusieurs contrats d'assurances complémentaires. Le proposant demeure lié envers l'assureur conformément aux dispositions de l'article 1 LCA, à savoir pendant 14 jours, resp. 4 semaines si des renseignements médicaux sont nécessaires.
2. La proposition d'assurance se fait, en principe, par écrit, à l'aide du formulaire fourni par l'assureur. Le proposant doit répondre à toutes les questions figurant sur la proposition d'assurance ainsi que dans le questionnaire de santé de façon complète et conforme à la vérité. Il demeure responsable du fait que les réponses écrites par une tierce personne ou par un intermédiaire soient conformes à ses indications. Les assurés doivent autoriser les tiers à remettre à l'assureur tous les documents et renseignements dont il aurait besoin.
3. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance, d'émettre des réserves ou d'appliquer des surprimes. Il n'a pas d'obligation de motiver sa décision.
4. Le refus ou la mise sous réserve d'un ou de plusieurs produits de la proposition d'assurance ne justifie pas de se départir des autres produits proposés et qui ont été acceptés.
5. Le refus ou la mise sous réserve de produits d'autres membres de la famille du proposant (époux, enfants) ne justifie pas de se départir de sa propre proposition ou de son/ses propre(s) contrat(s).
6. La proposition d'assurance d'une personne n'ayant pas l'exercice des droits civils est signée par son représentant légal.

Art. 7 Visite médicale

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

Art. 8 Réserves

1. Pour les personnes qui, au moment où elles font leur proposition d'assurance, souffrent d'une maladie ou des suites d'un accident, l'assureur peut émettre des réserves sur celles-ci. Font aussi l'objet d'une réserve les maladies et les accidents dont l'assuré a souffert antérieurement si selon l'expérience, des rechutes sont possibles. L'assuré est libre d'accepter ou non la réserve émise. Si l'assuré n'accepte pas la réserve, le contrat n'est pas conclu.
2. Les réserves sont émises pour toute la durée du contrat. L'assuré est libre de faire attester à ses frais qu'une réserve n'est plus justifiée. Dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de maintenir ladite réserve ou de la supprimer.

Art. 9 Demande d'augmentation du risque couvert

1. La proposition d'augmenter le risque couvert (par ex. diminuer la franchise ou augmenter le capital assuré) au sein du même produit est considérée comme proposition de conclure un nouveau contrat au sens de l'article 1 LCA.
2. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition, ou d'émettre des réserves, aux conditions et dans les délais de l'article 1 LCA et de l'art. 6 des CGC. En particulier, les conditions du contrat telles que le délai de résiliation et le délai d'attente s'appliquent à nouveau, et il n'y a pas de droits acquis repris de l'ancien contrat.

Art. 10 Début du contrat et de la couverture d'assurance

1. Le contrat d'assurance est conclu dès que l'assureur a communiqué au proposant l'acceptation de sa proposition.
2. La couverture d'assurance débute à la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance.
3. Les délais d'attente et de carence prévus dans les conditions particulières sont réservés.

Art. 11 Réticence

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

Art. 12 Période d'assurance

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

Art. 12a Limite d'affiliation

L'assuré peut s'affilier:

- sans limitation d'âge sous réserve de dispositions contraires dans les conditions particulières;
- jusqu'à la fin du mois qui précède le droit à une rente AVS lorsqu'il s'agit d'une couverture d'assurance ayant trait à la perte de gain.

Art. 13 Durée et résiliation du contrat d'assurance

1. Le contrat est conclu sans limitation de durée, sous réserve de dispositions contraires prévues dans les conditions particulières.
2. Au terme de 5 ans de couverture d'assurance, et ensuite annuellement, le preneur d'assurance peut dénoncer le contrat individuellement pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de six mois. Font exception certains produits, dont la durée au terme de laquelle le preneur d'assurance peut résilier le contrat selon les conditions particulières, est différente.

3. Demeure réservé le droit pour l'assureur de résilier le contrat en cas de fraude ou de tentative de fraude.
4. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est versée par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du produit d'assurance concerné au plus tard dans les 10 jours après qu'il ait eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets quatorze jours après la notification de la résiliation à l'assureur. Ce dernier conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours si le preneur résilie le contrat durant l'année qui suit l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance. Dans les autres cas, la prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat.
5. L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat en cas de sinistre, excepté en cas de fausses déclarations, de dol, de réticence ou de leurs tentatives.
6. Le droit de résiliation pour violation du devoir d'information par l'assureur lors de la conclusion du contrat s'éteint quatre semaines après que le preneur d'assurance a eu connaissance de la contravention et des informations mais au plus tard un an après la contravention. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient à l'assureur. La prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat lorsque celui-ci est résilié ou prend fin avant son échéance.
7. Le preneur d'assurance doit notifier sa résiliation sous pli recommandé et munie de la signature originale. En particulier, les résiliations par fax ou par courrier électronique (avec ou sans lettre de résiliation scannée annexée) sont refusées.

Art. 14 Fin du contrat d'assurance

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

- a. au décès de l'assuré;
- b. lors de la résiliation du contrat d'assurance;
- c. lorsque l'assureur s'est départi du contrat d'assurance suite au non paiement des primes conformément à l'art. 21 al. 1 LCA;
- d. en cas de transfert du domicile à l'étranger, à la date de départ du territoire suisse annoncée à l'autorité communale ou cantonale compétente, et ce pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été prévu par écrit (art. 32 ch. 2).

Art. 15 Etendue et durée des prestations

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

Art. 16 Droit aux prestations

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

Art. 17 Paiement des prestations

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

Art. 18 Exclusions de prestations

1. Il n'y a pas de couverture d'assurance:
 - a. pour les maladies, les accidents et leurs suites qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat ou qui font l'objet d'une réserve;
 - b. pour les maladies, les accidents et leurs suites après extinction du contrat d'assurance, ceci également lorsque des prestations ont été servies au cours de la durée d'assurance;
 - c. 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;
 - d. en cas de suicide, de mutilation volontaire et de tentatives de l'un ou de l'autre;
 - e. pour les traitements dentaires, pour autant qu'une couverture ne soit pas expressément prévue dans les divers produits d'assurance;
 - f. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique;
 - g. 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;

- h. pour les suites d'événements de guerre:
 - en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein;
 - à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que la maladie ou l'accident survienne dans les 15 jours dès le début de ces événements;
 - i. 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;
 - j. pour les maladies dues à l'addiction à l'alcool;
 - k. pour les maladies et les accidents dus à l'abus de médicaments et aux toxicomanies;
 - l. pour les changements de sexe, y compris pour les traitements et les séquelles;
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. 19 Faute grave de l'assuré

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

Art. 20 Pluralité d'assureurs et prestations de tiers

1. Toutes les prestations selon les présentes conditions générales d'assurance sont accordées en complément aux prestations des assureurs étrangers et suisses, sociaux et privés, en particulier de l'assurance obligatoire des soins. 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.
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.

3. A défaut de couverture de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, les prestations du contrat d'assurance sont versées dans la même mesure que si une telle couverture existait.

Art. 21 Double assurance

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

Art. 22 Surassurance

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

Art. 23 Fournisseurs de prestations

1. Seuls les soins dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus, à savoir les personnes et les établissements définis par la législation sur l'assurance-maladie sont pris en charge par l'assureur.
2. Les autres fournisseurs reconnus sont énumérés dans les conditions particulières de chaque produit.

Art. 24 Tarif des fournisseurs de prestations

1. L'assureur reconnaît les tarifs valables pour les assurances sociales suisses ainsi que les tarifs privés appliqués conventionnellement auxquels il a adhéré.
2. 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. 25 Cession et mise en gage des prestations

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

Art. 26 Fixation des primes

1. Les primes sont, en principe, différenciées selon le sexe, les régions et les classes d'âge.
2. Le mode de fixation des primes est, en principe, précisé dans les conditions particulières.

Art. 27 Paiement des primes

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

Art. 27a Somation, mise en demeure et poursuite

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

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

1. Lorsque l'assureur rembourse directement les fournisseurs de prestations, le preneur d'assurance a l'obligation de restituer à l'assureur la franchise annuelle convenue et/ou la quote-part dans les 30 jours à compter de la date de la facturation par l'assureur.
2. Si le preneur d'assurance ne donne pas suite à son obligation de paiement, l'art. 27a s'applique par analogie.

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

1. L'assureur peut adapter le tarif des primes, les franchises et les quotes-parts en fonction de l'évolution des coûts, 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, des franchises ou des quotes-parts seront considérées comme acceptées.
4. Un changement tarifaire résultant d'un déménagement ou de la perte du droit aux rabais (y compris celui découlant d'une action promotionnelle limitée dans le temps) n'est pas considéré comme une adaptation de la prime dans le sens des dispositions ci-dessus. Le droit de résiliation n'est pas applicable dans ces cas.

Art. 30 Compensation

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

Art. 31 Devoirs en cas de sinistre

1. Lorsque des prestations d'assurance sont réclamées, l'assuré doit remettre à l'assureur tous les certificats médicaux, rapports, justificatifs et factures des différents dispensateurs de soins. Seules les factures originales sont acceptées.
2. L'assureur doit être informé dans les 5 jours au plus tard, de l'entrée de l'assuré dans un hôpital ou une clinique. L'annonce doit avoir lieu avant l'entrée si une garantie de prise en charge est réclamée. En cas d'annonce tardive, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser les prestations.
3. L'assuré ou l'ayant droit doit aviser l'assureur de tout accident dans les meilleurs délais mais au plus tard dans les 10 jours. Il doit donner tout renseignement concernant:
 - a. le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident;
 - b. le médecin ou l'hôpital;
 - c. les éventuels responsables et assurances intéressées.Lorsque cet avis ne parvient que tardivement à l'assureur, celui-ci se réserve le droit de réduire ou de refuser les prestations.
4. Le décès d'une personne assurée doit être communiqué à l'assureur par l'ayant droit au plus tard dans les 30 jours, même si l'accident a déjà été annoncé. Si l'avis est fait après ce délai, l'éventuelle obligation à prestations de l'assureur disparaît.

Art. 32 Devoirs d'information

1. Les changements d'adresse, d'état civil ainsi que les décès doivent, sauf dispositions contraires, être annoncés par écrit à l'assureur dans les 30 jours.
En cas de défaut d'annonce ou d'annonce tardive, le dommage et les frais qui en résultent pour l'assureur peuvent être réclamés à l'assuré.
2. Lorsque l'assuré transfère son domicile ou sa résidence hors de Suisse il doit en aviser l'assureur dans les 30 jours et lui remettre une attestation de départ établie par sa commune ou son canton. Si l'assuré omet de faire cette communication, l'assureur peut mettre fin, dès qu'il en a connaissance, à la couverture d'assurance avec effet à la fin du mois durant lequel le départ de Suisse a été annoncé à l'autorité communale ou cantonale compétente.

Art. 33 Renseignements et contrôles

1. L'assuré autorise expressément les thérapeutes qui l'ont soigné à l'occasion de la maladie, de l'accident ou à d'autres occasions de donner au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour l'appréciation des conséquences du cas. Il les délègue à cette fin du secret professionnel.

2. Lorsque l'assurance a été conclue en complément à un autre assureur social ou privé, l'assuré doit fournir à l'assureur le décompte des prestations qui lui ont été versées par ces autres assureurs.
3. L'assureur a le droit de demander à sa charge des expertises effectuées par des médecins ou des spécialistes de son choix afin de définir l'état de santé de l'assuré ou sa capacité de travail. L'assuré doit se soumettre à ces expertises médicales qui servent à déterminer le diagnostic et à définir le droit aux prestations.
4. L'assuré doit se soumettre en tout temps à la surveillance des contrôleurs et des médecins-conseil de l'assureur. Il devra suivre les prescriptions de ces derniers destinées à accélérer la guérison. L'assuré qui refuse de se faire contrôler par l'expert médical désigné librement par l'assureur s'expose au refus des prestations.

Art. 34 Devoirs de réduire le dommage

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

Art. 35 Fausses factures et fraude à l'assurance

1. 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.
2. Dans ces cas, l'assuré devra prendre en charge les frais engagés pour le contrôle effectué par l'assureur ainsi que pour le traitement du dossier.

Art. 36 Adaptation des conditions d'assurance

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

2. Les nouvelles conditions s'appliquent au preneur d'assurance et à l'assureur si elles sont adaptées selon le premier alinéa durant la validité de l'assurance.

L'assureur communique par écrit ces adaptations aux preneurs d'assurance. Les preneurs d'assurance qui ne sont pas prêts à accepter ces adaptations peuvent résilier le contrat concerné avec effet à la date d'adaptation. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 25 jours, il y a acceptation des nouvelles dispositions.

Art. 37 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées au siège administratif du Groupe Mutuel Assurances GMA SA.
2. Les communications incombant à l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.
3. L'assureur peut aussi faire des communications d'ordre général aux assurés par le biais du journal à l'intention de ses assurés.

Art. 38 Prescription

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

Art. 39 Conditions particulières d'assurance

1. Pour tous les produits d'assurance, l'assureur édicte des conditions particulières qui complètent et précisent les présentes conditions générales.
2. D'éventuelles dispositions contraires dans les conditions particulières priment sur les présentes conditions générales.

Art. 40 Assurance collective

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

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

Art. 41 Lieu d'exécution et for

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