

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

CGC

La forme masculine utilisée dans le texte suivant s'applique par analogie aux personnes de sexe féminin.

CAGA04-F1 – édition 01.01.2022

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 reconnus par l'assureur
Art. 3	Définitions	Art. 24	Tarif des fournisseurs de prestations
Art. 3a	Nature de l'assurance	Art. 25	Cession et mise en gage des prestations
Art. 4	Validité territoriale	Art. 26	Fixation des primes
Art. 4a	Maintien de la couverture d'assurance en cas de transfert du domicile à l'étranger	Art. 26a	Rabais et bonus
Art. 5	Proposant, preneur d'assurance et personne assurée	Art. 27	Païement des primes
Art. 6	Proposition d'assurance	Art. 27a	Sommation, mise en demeure et poursuite
Art. 7	Renseignements médicaux	Art. 28	Remboursement des franchises annuelles et des quotes-parts
Art. 8	Réserves	Art. 29	Modification du tarif des primes
Art. 9	Modification de la couverture d'assurance	Art. 30	Compensation
Art. 10	Début du contrat et de la couverture d'assurance	Art. 31	Devoirs en cas de sinistre
Art. 11	Réticence	Art. 32	Devoirs d'information
Art. 12	Période d'assurance	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	Fausse 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	Contrat-cadre
Art. 20	Pluralité d'assureurs et prestations de tiers	Art. 41	Lieu d'exécution et for
Art. 21	Assurance multiple	Art. 42	Protection des données
		Art. 43	Protection des données concernant les conseils et orientations personnalisés

L'assureur est le Groupe Mutuel Assurances GMA SA.

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 (CGC), 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 en principes les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident.
- Les conditions particulières de chaque produit d'assurance définissent les risques assurés.

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.
Les lésions corporelles au sens de l'art. 6 al. 2 de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont assimilées aux accidents.
3. La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

Art. 3a Nature de l'assurance

1. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières d'assurance, la couverture des produits régis par les présentes conditions générales relève de l'assurance de dommages.
2. Les couvertures d'assurance relevant de l'assurance de dommages indemnisent le dommage effectif subi jusqu'à concurrence des prestations assurées.
3. Les couvertures d'assurance relevant de l'assurance de sommes prévoient, en cas de sinistre, le versement de la somme fixée contractuellement dans la police indépendamment du dommage effectif subi.

Art. 4 Validité territoriale

1. L'assurance est valable dans le monde entier.
2. Si une maladie se déclare ou un accident survient en Suisse, et si l'assuré se fait soigner dans d'autres pays, les frais découlant du traitement suivi ne seront remboursés que si le preneur d'assurance ou le médecin traitant a présenté préalablement une demande à l'assureur et que celui-ci l'a acceptée.

Art. 4a Maintien de la couverture en cas de transfert du domicile à l'étranger

1. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières d'assurance, les produits d'assurance peuvent être conservés en cas de transfert du domicile à l'étranger en cours de contrat, sans augmentation possible de la couverture d'assurance, pour autant que l'assuré demeure soumis à l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal, en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale, ou qu'il bénéficie d'une couverture équivalente au sens de l'art. 7a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).
2. L'assuré domicilié à l'étranger doit informer l'assureur dans les 30 jours lorsqu'il ne remplit plus les critères mentionnés à l'art. 4a, al. 1 des présentes conditions. En cas de violation de cette obligation, l'assuré devra rembourser à l'assureur les éventuelles prestations versées à partir de la date à laquelle les critères précités ne sont plus remplis.

Art. 5 Proposant, preneur d'assurance et personne assurée

1. Le proposant est la personne qui transmet une proposition de contrat d'assurance à l'assureur.
2. Le preneur d'assurance est la personne qui a conclu un contrat avec l'assureur.
3. 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 transmission d'une 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. Le proposant demeure lié envers l'assureur conformément aux dispositions de l'article 1 LCA, à savoir pendant 14 jours, respectivement 4 semaines si des renseignements médicaux sont nécessaires.
2. Le proposant peut révoquer sa proposition au plus tard dans les 14 jours suivant sa demande de conclusion de contrat. Ce délai est respecté si le proposant remet la révocation à l'assureur conformément à l'art. 37 des CGC ou qu'il remet son avis de révocation à la poste au plus tard le dernier jour du délai.
3. Lorsque la proposition émane de l'assureur, le preneur d'assurance peut révoquer le contrat au plus tard dans les 14 jours suivant son acceptation par le preneur d'assurance.
4. La proposition d'assurance se fait à l'aide du formulaire mis à disposition 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 communiquées 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.
5. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance, d'émettre des réserves ou d'appliquer des surprimes si les conditions particulières du produit le prévoient. Il n'a pas d'obligation de motiver sa décision.
6. 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 acceptés par l'assureur.
7. 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).
8. La proposition d'assurance d'une personne n'ayant pas l'exercice des droits civils doit avoir été ratifiée par son représentant légal.

Art. 7 Renseignements médicaux

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

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.
2. L'affection faisant l'objet de la réserve est communiquée à l'assuré par le biais d'une déclaration de consentement. L'assuré qui accepte de conclure le contrat avec la réserve est tenu de donner son accord. A défaut d'un accord de l'assuré dans le délai imparti par l'assureur, ce dernier peut considérer que l'assuré renonce à conclure la couverture faisant l'objet de la réserve.
3. 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 Modification de la couverture d'assurance

1. La proposition d'augmenter la couverture d'assurance (par ex. diminuer la franchise, augmenter le niveau de couverture ou le capital assuré) au sein du même produit est considérée comme proposition de conclure un nouveau contrat au sens des articles 6 à 13 des présentes CGC.
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 un éventuel délai de carence (période initiale du contrat durant laquelle la couverture d'assurance n'est pas acquise pour toutes ou certaines prestations) s'appliquent à nouveau, et il n'y a pas de droits acquis repris de l'ancien contrat.
3. Une diminution de couverture au sein du même produit est possible seulement une fois la durée contractuelle minimale écoulée moyennant un préavis d'un mois pour la fin d'une année civile. Si la demande de diminution de couverture intervient suite à une augmentation de prime, seul le préavis d'un mois pour la fin d'une année civile est requis.

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 de carence prévus dans les conditions particulières sont réservés.

Art. 11 Réticence

1. Si le preneur d'assurance a, lorsqu'il a répondu aux questions, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur est en droit de résilier le contrat, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.
2. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance.

Art. 12 Période d'assurance

1. La période d'assurance correspond à une année civile et s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.
2. En cas de conclusion du contrat en cours d'année civile, la première période d'assurance s'étend de la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police jusqu'à la fin de l'année civile.

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 trois périodes d'assurance, le preneur d'assurance peut dénoncer le contrat individuellement pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de trois 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. Conformément à l'art. 35a, al. 4 LCA, seul le preneur d'assurance peut faire usage de ce droit de résiliation.
3. L'assureur peut 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. Conformément à l'art. 35a, al. 4 LCA, seul le preneur d'assurance peut faire usage de ce droit de résiliation. 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. Le droit de résiliation pour violation du devoir d'information par l'assureur avant 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 deux ans 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.
6. En cas de justes motifs au sens de l'art. 35b LCA, le contrat peut être résilié en tout temps par le preneur d'assurance ou l'assureur.
7. Le preneur d'assurance doit notifier sa résiliation conformément à l'art. 37 des présentes CGC.

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 au sens de l'art. 4a des présentes conditions d'assurance;
- e. lorsque l'assuré domicilié à l'étranger ne remplit plus les conditions de maintien de la couverture définies à l'article 4a des présentes conditions d'assurance.

Art. 15 Etendue et durée des prestations

1. Les prestations allouées par l'assureur dans chaque produit d'assurance sont régies par les conditions particulières 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'assuré doit fournir à l'assureur les factures détaillées.
3. Sur demande de l'assureur, l'assuré doit envoyer l'original de la facture ainsi que les autres pièces justificatives nécessaires (rapports médicaux, ordonnances, attestations de paiements, etc.).

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 détaillées mentionnant les dates des traitements, la nature du traitement, 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. Une obligation de fournir des prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA demeure réservée;
 - c. pour les traitements dentaires, pour autant qu'une couverture ne soit pas expressément prévue dans les divers produits d'assurance;
 - d. 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;
 - e. pour les traitements de l'infertilité;
 - f. – 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;
 - pour les cures de rajeunissement ou les interventions destinées à améliorer les performances physiques;
 - g. pour les traitements qui découlent d'un cas de suicide, de mutilation volontaire et de tentatives de l'un ou de l'autre;
 - h. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique;
 - i. 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 ou l'accident survienne dans les 15 jours dès le début de ces événements;
 - j. 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;
 - k. pour les maladies dues à l'addiction à l'alcool;
 - l. pour les maladies et les accidents dus à la surconsommation de médicaments ou d'alcool ou à la consommation de stupéfiants (drogues);
 - m. pour les changements de sexe, y compris pour les traitements et les séquelles;
 - n. pour les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu;

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 d'accidents de circulation survenant alors que l'assuré présente un taux d'alcoolémie constituant une infraction grave au sens de la loi sur la circulation routière;
 - e. 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;
 - f. lors de dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
 - g. 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-maladie obligatoire des soins.
2. En cas d'assurance multiple selon la LCA, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées.
3. Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations fournies, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable. L'assureur n'est pas lié par les accords passés entre l'assuré et les tiers tenus à prestations.
4. A défaut de couverture de l'assurance-maladie 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 Assurance multiple

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 (assurance multiple), le preneur d'assurance est tenu d'en donner connaissance à l'assureur, sans délai.
2. Si le preneur d'assurance n'a pas connaissance de l'assurance multiple lors de la conclusion d'un contrat ultérieur, il peut résilier ce contrat dans les quatre semaines suivant la découverte de l'assurance multiple.

3. Si le preneur d'assurance a omis cet avis intentionnellement, ou s'il a conclu une assurance multiple 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

1. Les prestations d'assurance fournies dans le cadre des produits régis par les présentes conditions générales ne doivent pas conduire à une surindemnisation du preneur d'assurance.
2. En cas de surindemnisation, les prestations sont réduites en conséquence.
3. Cette disposition n'est pas applicable aux produits relevant de l'assurance de sommes.

Art. 23 Fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur

1. Les soins dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus à la fois par l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal et par l'assureur sont pris en charge par ce dernier.
2. D'autres fournisseurs de prestations non admis par l'assurance-maladie obligatoire de soins LAMal peuvent être reconnus par l'assureur.
3. Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le fournisseur de prestations auprès duquel il se fera soigner fait partie des fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur.
4. L'assureur peut tenir une liste des fournisseurs de prestations reconnus ou exclus.
5. L'assureur peut modifier en tout temps le cercle des fournisseurs de prestations mentionnés aux alinéas 1 et 2 ci-dessus.
6. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

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.
4. En cas de litige sur le tarif des prestations, l'assuré cède à l'assureur ses droits contre le fournisseur de prestations.

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 fixées dans un tarif par produit d'assurance.
2. Le tarif peut prévoir des primes différenciées selon le sexe, la région de domicile et la classe d'âge de l'assuré, ainsi que d'autres critères définis dans les conditions particulières.
3. Les classes d'âges déterminantes sont en principe définies dans les conditions particulières d'assurance.
4. Un changement de classe d'âge entraîne en principe une adaptation automatique de la prime des assurés concernés.
5. L'assureur peut modifier l'échelonnement de la dernière classe d'âge si des motifs démographiques ou actuariels le justifient.
6. L'assureur peut modifier les régions de primes si une évolution des coûts différente au sein d'une région de prime ou entre différentes régions de primes le justifie.
7. En cas d'augmentation de la prime, pour cause de changement de classe d'âge, d'une modification de l'échelonnement de la dernière classe d'âge ou des régions de primes, le preneur d'assurance bénéficie d'un droit de résiliation au sens de l'art. 29 al. 3 des présentes CGC.

Art. 26a Rabais et bonus

1. L'assureur peut accorder des rabais ou bonus dont le type est mentionné sur la police d'assurance et/ou dans les conditions particulières d'assurances.
2. Les catégories de rabais sont les suivantes:
 - a. Les rabais liés à un contrat-cadre: ils sont définis dans l'art. 40 des présentes CGC.
 - b. Les rabais de combinaison: les conditions particulières ou contractuelles définissent les combinaisons de produits donnant droit au rabais. Ces rabais peuvent être modifiés conformément à l'art. 29 des présentes CGC.
 - c. Les rabais découlant d'une action limitée dans le temps: le droit au rabais est valable pendant la période définie contractuellement.
 - d. Les rabais familiaux, pour enfants et pour jeunes adultes: le droit au rabais est valable tant que l'assuré remplit les critères d'octroi du rabais. Les conditions particulières définissent les critères d'octroi du rabais. L'assureur peut, en tout temps, modifier ou supprimer ces rabais ou bonus, avec effet au plus tard à la fin de l'année civile en cours.
3. En cas de réduction/suppression des rabais ou bonus, le preneur d'assurance bénéficie d'un droit de résiliation au sens de l'art. 29 al. 3 des présentes CGC. Aucun droit de résiliation n'existe lorsque les conditions contractuelles d'octroi ne sont plus remplies par le preneur d'assurance ainsi que pour les rabais ou bonus octroyés dans le cadre d'actions promotionnelles limitées dans le temps.

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. La période de facturation des primes est au minimum d'un mois, à l'exception du mois durant lequel l'affiliation débute ou prend fin.

Art. 27a Somation, mise en demeure et poursuite

1. Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le débiteur est sommé 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 aucune prestation de l'assureur pendant la durée de la suspension, 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

1. L'assureur peut adapter chaque année le tarif et les rabais sur les primes (conformément à l'art. 26a) en raison notamment:
 - de l'évolution de la fréquence ou de la charge des sinistres;
 - de l'adaptation de l'étendue de la couverture conformément à l'art. 36 des présentes CGC.
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.
3. En cas d'augmentation des primes (cf. al.1 ci-dessus), le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance concerné par l'augmentation, 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. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, les adaptations faites au niveau des primes seront considérées comme acceptées.
4. En cas de diminution du tarif des primes (cf. al.1 ci-dessus), il n'existe pas de droit de résiliation pour le preneur d'assurance.
5. Un changement tarifaire résultant d'un déménagement 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 ce 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 au maximum dans les délais prévus à l'art. 38 des présentes conditions générales.
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. 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 dès sa survenance. 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.
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.
5. En cas de violation des obligations en cas de sinistre, l'assureur peut réduire ou refuser les prestations. Ces sanctions ne sont pas encourues lorsque le manquement aux obligations ne résulte pas d'une faute de la personne assurée ou si la personne assurée peut prouver que le manquement n'a aucune influence sur la survenance de l'évènement redouté et sur l'étendue des prestations dues par l'assureur.

Art. 32 Devoirs d'information

1. Tous changements (nom, prénom, sexe, état civil, domicile, compte bancaire ou postal, email, téléphone) ainsi que les décès doivent être annoncés à l'assureur sans délai. En cas de violation de ses obligations, l'assuré assumera les conséquences et les frais qui en résultent.
2. Lorsque l'assuré transfère son domicile ou sa résidence hors de Suisse il doit en aviser l'assureur et lui remettre une attestation de départ établie par sa commune ou son canton. Sur cette base, l'assureur résilie le contrat d'assurance à la date de départ indiquée sur l'attestation.
3. Si l'assuré omet de communiquer son départ, ou l'annonce dans un délai inapproprié, l'assureur pourra résilier son contrat avec effet rétroactif à la date effective du départ annoncé à la commune ou au canton. Dans ce cas, les éventuelles prestations indues seront réclamées à l'assuré.
4. Demeurent réservés les contrats maintenus pour cause de poursuite de l'assurance obligatoire des soins en Suisse, au sens de l'art. 4a.

Art. 33 Renseignements et contrôles

1. L'assuré autorise expressément les fournisseurs de prestations 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 fournisseur de prestations 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 fournisseur de prestations 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 fournisseur de prestations ou à l'inobservation de ses ordonnances.
2. L'assuré ne peut pas amener le fournisseur de prestations 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 générales et particulières des produits notamment lorsqu'il y a des modifications 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. modifications de prestations dans l'assurance obligatoire des soins.
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.
3. L'assureur communique ces adaptations aux preneurs 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 adaptations. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours, il y a acceptation des nouvelles dispositions.

Art. 37 Communications

1. Les communications du preneur d'assurance et de l'assureur peuvent être adressées valablement par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en apporter la preuve par un texte (courrier électronique ou moyens de communication mis à disposition par l'assureur), exception faite des réseaux sociaux.
2. Les communications du preneur d'assurance doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indiquées sur les documents officiels de l'assureur.
3. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse postale ou électronique indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.
4. L'assureur peut aussi faire des communications d'ordre général aux assurés par le biais du journal à l'intention de ses assurés. L'assuré qui ne souhaite plus recevoir ce journal peut en faire la demande à l'assureur, dans ce cas l'assureur est dégagé de toute responsabilité relative aux communications publiées.

Ces communications peuvent aussi être faites sur le site Internet de l'assureur et dans un document joint à l'envoi annuel des polices d'assurances.

Art. 38 Prescription

Les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par 5 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 Contrat-cadre

1. Pour tous les produits d'assurance, l'assureur peut conclure des contrats-cadre avec des partenaires contractuels (co-contractant) pour l'affiliation de personnes ayant un certain lien juridique avec ce co-contractant.
2. L'assureur peut octroyer des rabais en relation avec un contrat-cadre.
3. Les conditions d'octroi et de suppression du rabais sont communiquées au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat.
4. En fonction de l'évolution de la fréquence ou de la charge des sinistres, les rabais peuvent être modifiés conformément à l'art. 29 des présentes CGC.
5. Une adaptation de la convention cadre peut également entraîner la modification ou la suppression du rabais, avec effet à la fin de la période d'assurance en cours.
6. Le droit au rabais s'éteint dans tous les cas si l'assuré sort du cercle des assurés ou en cas de dissolution de la convention cadre.
7. En cas de diminution ou de suppression du rabais, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat concerné, 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'adaptation.

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.

Art. 42 Protection des données

Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Services SA traite les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, de la personne assurée, et le cas échéant de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après: les personnes concernées) pour le compte de Groupe Mutuel Assurances GMA SA, votre assureur. Le traitement des données est délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après: Groupe Mutuel), une société de Groupe Mutuel Holding SA. Ces deux sociétés sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Par données personnelles, on entend les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles on entend les informations relatives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres. Sont principalement traitées les catégories de données personnelles et sensibles suivantes: les données déclaratives des personnes concernées, c'est-à-dire celles que le Groupe Mutuel peut être amené à recueillir auprès des personnes concernées lors de la manifestation d'intérêt et/ou de la souscription à des produits et services qu'il fournit ou distribue; les données relatives aux prestations fournies ou de fonctionnement des produits et services ou de leur utilisation, notamment lors de l'utilisation des services en ligne; les données provenant de

tiers, d'autres services ou d'informations publiques quand cela est autorisé.

Base juridique

Le Groupe Mutuel traite les données personnelles et sensibles des personnes concernées et met en œuvre les traitements sur la base des fondements juridiques suivants: le consentement des personnes concernées, respectivement le consentement exprès pour les données sensibles; les dispositions légales applicables aux activités du Groupe Mutuel (notamment la Loi fédérale sur la protection des données); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et les personnes concernées; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

Finalités

Les données personnelles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect de ses obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économie des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des demandes au titre des droits des personnes, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le détournement fiscal. A cet effet, ces données peuvent être communiquées, mutualisées et échangées entre le Groupe Mutuel et des tiers (voir ci-dessous). Ces échanges font l'objet de contrats précisant les obligations et les responsabilités de chacune des parties, ou se basent sur une disposition légale.

Sécurité

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurances et autres mandataires (par exemple un réassureur), s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires afin de respecter la législation relative à la protection des données. Ces dispositions comprennent notamment les mesures techniques, physiques et organisationnelles nécessaires pour préserver la sécurité des données personnelles et empêcher qu'elles ne soient modifiées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Transfert des données

Les données sont traitées de manière confidentielle et peuvent être communiquées à des tiers (par exemple: intermédiaires d'assurance, réassureurs, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée), y compris à l'étranger. Cette communication intervient sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement des personnes concernées. Le consentement doit être exprès s'il s'agit de données sensibles. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers, ces derniers s'engagent dans le cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux inter-

médiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en œuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

Profilage

Au cours de sa relation avec le Groupe Mutuel, il est possible que la personne concernée fasse l'objet d'un profilage marketing, afin que l'assureur lui propose des services et produits qui correspondent à ses attentes, son profil et ses besoins. Les modalités de ce profilage sont précisées dans la politique de protection des données idoine. D'autres types de profilages peuvent avoir lieu pour les finalités exposées plus haut.

Durée de conservation

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre le Groupe Mutuel, l'assuré, l'intermédiaire d'assurance ou des tiers l'exigent.

Droits d'accès et de rectification

Les personnes concernées ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante: dataprotection@groupemutuel.ch.

De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Art. 43 Protection des données concernant les conseils et orientations personnalisés

1. L'assureur peut récolter et utiliser, dès le début du contrat d'assurance, les informations démographiques, contractuelles et médicales de la personne assurée dans les buts suivants:

- émettre des recommandations au sujet de la prévention et de la promotion de la santé;
- conseiller sur toutes les questions ayant trait à la santé;
- recommander des prestataires de soins aptes à traiter le problème de santé de la personne assurée;

- faire des offres ciblées sur des produits ou services respectant les critères d'économicité.
2. Les données utilisées pour la fourniture des services décrits à l'alinéa 1 peuvent être issues de tous les dossiers concernant la personne assurée constitués au sein d'une des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA (assurance-maladie obligatoire des soins incluse).
 3. Pour qu'une communication de données issues de dossiers de l'assurance-maladie obligatoire des soins soit effectuée dans l'un des buts susmentionnés, l'assureur requerra au cas par cas le consentement exprès complémentaire de l'assuré.
 4. L'assuré peut en tout temps retirer son consentement conformément à l'art. 42 des présentes conditions d'assurance.