

CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE INDIVIDUELLE MALADIE

"INFINITY"

TABLE DES MATIERES

Article	Page	Article	Page
A	GENERALITES	E	SINISTRE
1	Bases générales	20	Déclaration de sinistre
2	Objet de l'assurance	21	Devoir d'informer
3	Définitions	22	Refus d'informer
		23	Clause économique
		24	Communications et adresse
B	ETENDUE DE L'ASSURANCE	F	PRISE D'EFFET, DUREE, RESILIATION
4	Couverture d'assurance	25	Durée et résiliation
5	Validité territoriale	26	Couverture d'assurance individuelle
6	Limites d'âges	27	Fin de la couverture d'assurance
7	Restriction dans l'étendue de la garantie		
8	Autres assurances		
C	PRESTATIONS	G	DIVERS
9	Liste et montant des prestations	28	Secret médical
10	Frais d'hospitalisation	29	Cession des droits
11	Païement direct des frais d'hospitalisation	30	Déclarations obligatoires ; réticences et leurs conséquences
12	Soins ambulatoires	31	Lieu d'exécution et de juridiction
13	Les cures	32	Dispositions finales
14	Frais dentaires		
15	Maternité et accouchement		
16	Accord préalable		
D	PRIMES	H	LISTE DES PRESTATIONS
17	Calcul de la prime		
18	Non-paiement des primes		
19	Modification du tarif des primes		

CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE INFINITY

A. GENERALITES		
Article 1	Bases générales	
	La couverture d'assurance collective maladie complémentaire est destinée exclusivement aux personnes assurées assujetties à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et dont la résidence se situe en Suisse. Les bases de l'assurance maladie sont constituées par : a) Les présentes Conditions Générales d'Assurance (« CGA »), les éventuelles conditions spéciales, ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants ; b) La Loi fédérale sur le Contrat d'Assurance (« LCA ») du 2 avril 1908 tel que modifié le 19 juin 2020 pour les questions qui ne sont pas réglées à l'alinéa a). c) les déclarations écrites ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte que le proposant fait dans la proposition et éventuellement dans d'autres documents.	santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.
		Maternité La maternité comprend la grossesse et l'accouchement.
		Médecin Tout personne diplômée d'une école de médecine telle qu'inscrite dans la liste mondiale des écoles de médecine reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé et autorisée à pratiquer dans le pays où les soins sont dispensés.
		L'entreprise d'assurance/UNIQA L'entreprise d'assurance, ici définie comme UNIQA Österreich Versicherungen AG, Vienne, succursale de Zürich qui souscrit les risques couverts par le programme d'assurances.
		Hôpital Tout établissement de soins médicaux, chirurgicaux ou de rééducation fonctionnelle, sous le contrôle permanent ou sous la direction d'un médecin disposant d'un personnel qualifié à temps complet et : a) assurant principalement le traitement stationnaire des malades et des blessés ; b) disposant du matériel et des installations nécessaires aux traitements ; c) tenant à jour pour chaque cas un dossier médical. d) reconnu par l'autorité compétente du pays dans lequel il est établi.
Article 2	Objet de l'assurance	
	Dans les limites des présentes CGA, UNIQA prend en charge les frais pour les traitements ambulatoires et hospitaliers en cas de maladie ou d'accident. Les présentes CGA correspondent au produit d'assurance « INFINITY » qui s'applique en tant que complémentaire à l'assurance obligatoire suisse LAMal mais également en tant que couverture d'assurance internationale pour les soins électifs non remboursés par l'assurance maladie LAMal.	Hospitalisation Est réputé hospitalisation tout séjour de plus de 24 heures consécutives dans un établissement hospitalier et ordonné par un médecin.
Article 3	Définitions	
Maladie	a) est réputée maladie 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. b) est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.	Traitement Tout soin reconnu économique, rapide et scientifique et qui est apporté en vue du rétablissement ou de la conservation de la santé. Médicaments Traitement pharmaceutique prescrit par un médecin et couvert usuellement par la LAMal ou par l'assurance sociale du pays de traitement. En l'absence de référence dans la législation du pays de traitement, la prise en charge se fera par analogie avec la liste des médicaments couverts usuellement par la LAMal.
Accident	Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la	Cures Il y a cure thermale ou de convalescence lorsque l'assuré effectue un séjour temporaire, hors de son domicile, dans une station de cure

reconnue par les autorités compétentes. L'assuré se soumet, sous contrôle médical, au traitement curatif ordonné par le médecin traitant.

Auxiliaire médical

Tout professionnel titulaire d'un titre légalement reconnu au lieu où sont donnés les soins et les traitements lui permettant d'exercer son art, agissant sur ordonnance médicale et apportant son concours au corps médical dans les soins et traitements qu'il dispense aux victimes de maladies ou d'accidents.

Programme d'assurance

Le programme d'assurance couvre, dans les limites définies dans la police, les frais d'hospitalisation et ambulatoires ordinaires et raisonnables dans la mesure où ces dépenses sont la conséquence d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse.

Preneur d'assurances

a) La personne physique qui a conclu un contrat avec l'assureur.

b) Le preneur d'assurance est tenu de transmettre tout changement de données personnelles à mettre à jour les changements de statut des assurés et de transmettre les nouvelles données à UNIQA.

Assuré Toute personne désignée dans la police d'assurance.

Pays de résidence

Le pays où l'assuré réside principalement. En cas de doute, c'est le pays de résidence retenu par l'assureur LAMal qui fait foi.

B. ETENDUE DE L'ASSURANCE

Article 4 Couverture d'assurance

La couverture d'assurance est définie dans la police d'assurance.

Article 5 Validité territoriale

La couverture d'assurance est valide dans le monde entier, à l'exception des États-Unis, mais les traitements effectués en cas d'urgence sont couverts aux États-Unis. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement aux États-Unis, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Pour éviter les malentendus : aux États-Unis, la prise en charge interviendra uniquement en complément de la LAMal.

Article 6 Limites d'âge

L'âge maximal d'adhésion est soixante (60) ans. La limite d'âge est levée pour toute affiliation issue d'un droit de libre passage.

Article 7 Restriction dans l'étendue de la garantie

a) Si l'entreprise d'assurance constate que le coût du traitement prodigué excède le tarif raisonnable et usuel pour ladite prestation, elle peut limiter le remboursement au tarif usuel et raisonnable dans la région du prestataire médical.

Sont exclus de l'assurance :

b) Tout traitement réalisé par un chirurgien esthétique afin d'améliorer l'apparence de l'assuré même si ces soins sont prescrits par un médecin. La seule exception demeure la chirurgie reconstructive pour la restauration de fonctions ou l'amélioration de l'apparence faisant suite à une défiguration accidentelle ou à une opération d'un cancer sous condition que la maladie ou l'accident aient eu lieu durant la période d'adhésion de l'assuré.

c) Toute maladie qui résulte ou qui est aggravée ou dont le traitement a été rendu inefficace du fait de la consommation abusive d'alcool ou de la prise de substances illégales.

d) Les soins ou traitements contre la dépendance aux drogues ou à l'alcool ainsi que ceux pour l'arrêt du tabagisme.

e) Toute forme d'insémination artificielle ce qui inclut notamment la reproduction in vitro.

f) Le changement de sexe.

g) Tout acte chirurgical contre l'obésité et ses suites médicales.

h) Tout traitement de stérilisation et ses éventuelles conséquences ainsi que toute mesure contraceptive.

i) En cas de grossesse, un délai de carence de douze (12) mois entre le début du contrat et la date de l'accouchement est applicable. Le délai de carence est levé pour toute affiliation issue d'un droit de libre passage.

j) Les maladies ou accidents dont pourraient souffrir les assurés mobilisés, ou engagés volontaires en temps de guerre, l'assurance étant suspendue à leur égard.

k) Les activités considérées comme entreprises téméraires, reconnues pour leur dangerosité et sans que des mesures

raisonnables pour réduire le risque aient été prises, notamment certains sports dangereux.

l) Les conséquences des blessures ou lésions provenant de la participation à toute activité sportive professionnelle.

m) Les accidents d'aviation sportive, de vol ou de saut (aéronef, planeur, aile delta, parapente, ULM, parachute, ou autres appareils ou équipements similaires) lorsque ces vols ou ces sauts sont entrepris en contrevenant aux prescriptions des autorités, ou sans avoir obtenu les permis et attestations officiels.

n) Les accidents de navigation aérienne ne sont couverts que si l'assuré ou le bénéficiaire se trouve à bord d'un aéronef muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote titulaire d'un brevet et d'une licence non périmés pour le type d'aéronef en cause, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

o) Les conséquences d'insurrection ou d'émeute si l'assuré, en y prenant part, a contrevenu aux lois en vigueur ; de même sont exclues les conséquences de rixes, sauf en cas de légitime défense.

p) Les maladies ou accidents constituant des suites directes de crimes ou de délits caractérisés commis intentionnellement. Les accidents provoqués par une conduite en cas d'ivresse de l'assuré ou à la suite de la consommation de substances illicites sont en particulier exclus.

q) Les maladies ou accidents survenus au cours de périodes militaires à l'étranger.

r) Les conséquences d'événements de guerre, à moins que le cas d'assurance survienne dans un délai de 30 jours à dater de l'éclatement des hostilités dans le pays dans lequel la personne assurée séjourne et qu'elle ait été ainsi surprise par les événements.

s) Les atteintes à la santé provoquées par des radiations ionisantes et aux dangers de l'énergie atomique en cas d'accidents majeurs. Les effets résultant de traitements aux rayons ordonnés par le médecin pour les maladies assurées sont toutefois couverts.

t) Les séquelles d'actes de terrorisme.

Article 8 Autres assurances

a) Si l'assuré est titulaire d'assurances sociales, toute demande de remboursement doit être soumise à ce titre aux organisations sociales dans un premier temps avant d'être transmise ensuite à l'entreprise d'assurance.

b) Lorsque les frais sont couverts par plusieurs assurances privées régies par la loi sur le contrat d'assurance (LCA), les frais assurés par le présent contrat ne sont couverts qu'en proportion des prestations garanties par toutes les entreprises d'assurance intéressées ensemble. Une réduction opérée par une autre entreprise d'assurance n'est pas remboursable.

C. PRESTATIONS

Article 9 Liste et montant des prestations

La liste et le montant des prestations sont définis dans la "liste des Prestations" à la section H des présentes CGA.

Article 10 Frais d'hospitalisation

La garantie comprend notamment le remboursement :

a) des frais de chambre et de pension dans un hôpital ou une clinique en division semi-privée ou privée (taxe journalière) ;

b) des honoraires médicaux ;

c) des frais de mesures diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement reconnues ;

d) des dépenses pour les services du personnel infirmier diplômé ordonnées par le médecin ;

e) des frais de médicaments, matériel de traitement et de narcose, des frais de salle d'opérations ;

Article 11 Paiement direct des frais d'hospitalisation

En cas de séjour hospitalier, les coûts sont payés directement par UNIQA à l'hôpital, à condition que celui-ci ait contacté préalablement UNIQA à cet effet.

Article 12 Soins ambulatoires

Les assurés ont une totale liberté dans leur choix de médecins et des prestataires médicaux. En cas de nécessité médicale, les coûts survenus par l'intervention de plusieurs médecins pour un traitement peuvent être pris en charge par l'entreprise d'assurance.

Article 13 Les cures

a) Les cures sont soumises à accord préalable d'UNIQA selon les termes de l'article 16.

b) En cas de cure de convalescence, l'assuré doit soumettre la prescription médicale

indiquant l'établissement, la durée et le motif pour accord préalable d'UNIQA au plus tard cinq jours civils avant le début de la convalescence. Les cures de convalescence doivent être effectuées dans des établissements reconnus par les autorités compétentes du pays où se trouve l'établissement et à la condition de suivre une hospitalisation avec opération ou une hospitalisation sans opération d'au moins dix jours, pour autant que la cure débute dans les sept jours civils qui suivent la fin de l'hospitalisation.

c) En cas de cure thermale, la demande d'accord préalable pour une cure doit être supportée par une prescription médicale indiquant l'établissement, la durée et le motif au plus tard dix jours civils avant le début prévu de la cure thermale.

d) La prescription médicale doit être complétée par une anamnèse précisant les résultats obtenus par le traitement médical ayant précédé la demande de cure, le programme des traitements médicaux de la cure et le résultat escompté quant à la guérison ou la consolidation de l'état de santé de l'assuré concerné. Les cures thermales doivent être effectuées dans des établissements reconnus par les autorités compétentes du pays où se trouve l'établissement.

e) Dans le cas où la cure thermale ou de convalescence est prescrite hors du pays de résidence ou d'accueil, le médecin doit confirmer qu'il n'y a pas de station équivalente localement.

f) Le nombre de jours de cure est limitée à 28 jours par période de 2 ans.

g) Les cures d'altitude, de rajeunissement, de repos, de remise en forme et de changement d'air ne sont pas considérées comme cures au sens des présentes CGA.

h) En l'absence de réponse d'UNIQA avant le début du traitement, l'accord est présumé acquis.

Article 14 Frais dentaires

Les frais dentaires pris en charge par la couverture comprennent l'ensemble des prestations dentaires pratiquées par un médecin dentiste, reconnu selon l'article 3 des présentes CGA.

Article 15 Maternité et accouchement

La grossesse et l'accouchement sont couverts en division semi-privée ou privée.

En cas d'accouchement couvert par l'entreprise d'assurance, celui-ci paye uniquement les coûts usuels des soins standards prodigués au nouveau-né tant que la mère reste hospitalisée. L'entreprise d'assurance ne couvre pas, par conséquent, le coût des soins médicaux de l'enfant à moins que celui-ci ait été intégré au programme d'assurance dès sa naissance.

Les frais d'accouchement sont couverts uniquement si ledit accouchement a lieu en Suisse ou dans le pays de résidence ou le pays d'accueil de l'assurée.

Article 16 Accord préalable

a) Les prestations soumises à accord préalable sont indiquées dans la liste des Prestations à la section H.

b) La procédure d'accord préalable requiert que l'assuré soumette la prescription médicale indiquant le nom du prestataire de soins, la durée estimée du traitement, l'estimation du coût ainsi que le motif médical sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de UNIQA afin que ce dernier puisse vérifier la nécessité médicale et l'efficacité du traitement.

c) La demande d'accord préalable doit parvenir à UNIQA au plus tard dans les délais indiqués pour les prestations concernées.

d) UNIQA remet une réponse écrite ou par autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte à l'assuré avant la date prévue des soins.

e) En l'absence de réponse d'UNIQA avant la date prévue du traitement, l'accord est présumé acquis.

f) En cas d'absence de demande d'accord préalable par l'assuré, l'entreprise d'assurance est en droit de refuser le remboursement de la prestation sauf si

- Il résulte des circonstances que l'absence de demande d'accord préalable n'est pas imputable à l'assuré ou à l'ayant droit;
- L'assuré apporte la preuve que l'absence de demande d'accord préalable n'a pas eu d'incidence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations dues par l'entreprise d'assurance.

D. PRIMES

Article 17 Calcul de la prime

Sauf accord particulier, la prime est due mensuellement au début de chaque mois.

Article 18 Non-paiement des primes

a) Si la prime n'est pas acquittée dans les délais impartis, l'entreprise d'assurance somme le preneur d'assurance de la payer dans les 14 jours tout en lui rappelant les conséquences du retard.

b) Si la sommation reste sans suite, l'obligation de l'entreprise d'assurance à fournir des prestations est suspendue dès l'échéance du délai de paiement.

c) Si la prime exigée par l'entreprise d'assurance est acceptée ultérieurement, le contrat reprend effet dès le moment où la prime arriérée, y compris les intérêts de retard et les frais, a été payée.

Article 19 Modification du tarif des primes

a) L'entreprise d'assurance peut modifier le taux de prime. Lors d'une modification du taux de la prime, l'entreprise d'assurance porte les nouvelles primes à la connaissance du preneur d'assurance au plus tard 90 jours avant l'expiration de l'année d'assurance.

b) Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier le contrat, pour la fin de l'année d'assurance en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'entreprise d'assurance au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Faute de résiliation, le preneur d'assurance est censé accepter l'adaptation du contrat.

c) L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Si ce changement de classe d'âge entraîne une augmentation de la prime, les alinéas a) et b) s'appliquent en conséquence.

E. SINISTRES

Article 20 Déclaration de sinistre

L'assuré s'engage à faire tout ce qui est en son pouvoir pour contribuer à déterminer la nature et les causes de la maladie, ainsi que des séquelles d'un accident. Il est tenu de se soumettre à un examen auprès d'un médecin-conseil de l'entreprise d'assurance, chaque fois

que celui-ci le demandera, et si la guérison en dépend, à faire un séjour dans un établissement hospitalier.

Article 21 Devoir d'informer

a) L'assuré s'engage à fournir à l'entreprise d'assurance tous les renseignements susceptibles d'aider à apprécier un cas d'assurance. L'entreprise d'assurance est en droit de demander aux médecins qui traitent ou ont traité l'assuré des renseignements sur son état de santé, à condition que ces indications servent à déterminer l'étendue du droit aux prestations. L'entreprise d'assurance peut, en particulier, demander des certificats médicaux et autres documents ; il est habilité à faire examiner l'assuré par un ou plusieurs médecins de son choix.

b) L'entreprise d'assurance est en droit de réclamer une traduction en anglais ou français auprès de l'assuré pour toute preuve ou tout autre document qui justifie le coût des traitements.

Article 22 Refus d'informer

Si l'assuré viole les obligations mentionnées à l'article 21, il perd le droit à ses prestations jusqu'au moment où il les remplit à nouveau. L'entreprise d'assurance fixe un délai supplémentaire de mise en demeure de 14 jours pour l'accomplissement de toutes ces obligations. Passé ce délai, les prestations cessent sous réserve de la disposition de l'article 45 paragraphe 1 lit a) and b) de la LCA (i.e. la violation n'est pas imputable à l'assuré ou à l'ayant droit ; ou l'assuré apporte la preuve que la violation n'a pas eu d'incidence sur l'étendue des prestations). En vertu de l'art. 45 al. 3 LCA, l'assuré qui est en demeure sans faute de sa part peut, aussitôt l'empêchement disparu, transmettre les informations nécessaires à l'entreprise d'assurance.

Article 23 Clause économique

L'assuré a l'obligation, pour tout sinistre, de faire tout ce qui est en son pouvoir afin de restreindre les dommages.

Article 24 Communications et adresse

Toutes communications qui incombent au preneur d'assurance ou à l'assuré, doivent, pour être valables, être fait par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte directement à UNIQA Österreich Versicherungen AG, Vienne, Succursale de Zürich, C/O bureau de représentation à l'Avenue de la Praille 26, 1227 Carouge (Genève), Suisse. ;

contact@uniqa.ch

L'entreprise d'assurance adresse toute communication lui incombant au dernier domicile que lui a indiqué le preneur d'assurance ou l'assuré par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.

F. PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION

Article 25 Durée et résiliation

a) Le contrat entre en vigueur dès que l'entreprise d'assurance a délivré la police au preneur d'assurance ou lui a confirmé l'acceptation de sa proposition, au plus tôt toutefois le jour convenu et indiqué dans la police (début du contrat).

b) Le contrat est conclu pour une durée initiale d'au moins une année civile.

c) Le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat ordinairement après une durée d'assurance ininterrompue d'une année en respectant un délai de résiliation de trois mois, pour la fin d'une année civile. La résiliation est présentée à temps si elle parvient à UNIQA au plus tard le dernier jour du mois précédant le début du délai de résiliation.

d) Le contrat se renouvelle tacitement d'année en année s'il n'est pas résilié par le preneur d'assurance comme décrit ci-dessus sous lit. c)

e) Le preneur d'assurance est de plus en droit de résilier le contrat après chaque sinistre pour lequel UNIQA doit acquitter une prestation. Le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 14 jours qui suivent le versement de l'indemnité ou la prise de connaissance correspondante. La couverture d'assurance s'éteint au moment où UNIQA en reçoit communication.

f) Le preneur d'assurance est de plus en droit de résilier le contrat pour de justes motifs en tout temps.

g) En outre UNIQA n'a pas le droit de résiliation ordinaire ni de résiliation en cas d'un sinistre. UNIQA se réserve le droit de résilier le contrat uniquement dans les cas mentionnés à l'art. 27 des présente CGA.

Article 26 Couverture d'assurance individuelle

a) L'assureur décide de l'admission aux conditions normales ou à des conditions aggravées, ou du refus de l'assurance. L'assureur se détermine d'après les dossiers à sa disposition, notamment le questionnaire médical complété par le proposant. Il est en droit de faire dépendre sa décision de

renseignements complémentaires à fournir par le preneur d'assurance ou d'un examen médical que l'assureur fait passer à ses frais lorsqu'il l'estime nécessaire. Le candidat est tenu de répondre de manière précise et véridique aux questions posées et ne doit taire aucun fait pouvant influencer la décision de l'assureur au sujet de son état de santé.

b) A réception des informations demandées, l'assureur s'engage à informer le proposant d'assurance de sa décision de le couvrir ou non sous dix (10) jours ouvrés. En cas de décision positive de l'assureur, l'affiliation est rétroactivement validée au jour de la demande de couverture de l'assuré, mais avec une prise d'effet maximale au premier jour du mois courant. Le preneur d'assurance reçoit alors sa police d'assurance ainsi que les conditions générales d'assurance.

Lorsque l'affiliation se fait suite à un transfert depuis un contrat collectif, les modalités de transfert des CGA INFINITY collectives s'appliquent.

Article 27 Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend fin :

a) lors de la résiliation par le preneur d'assurance.

b) lors de la résiliation par l'assureur en cas de défaut de paiement du preneur d'assurance.

c) lorsque le preneur d'assurance n'est plus soumis à l'assurance sociale obligatoire LAMal.

d) lors du transfert du domicile du preneur d'assurance à l'étranger.

UNIQA renonce à son droit de résiliation ordinaire et en cas de dommage (art 42 al.1 LCA).

Toutefois, UNIQA se réserve le droit de résilier la Police en cas de fraude ou tentative de fraude ainsi qu'en cas de réticence telle que décrit à l'article 30.

G. DIVERS

Article 28 Secret médical

L'assuré délègue du secret professionnel, à l'égard de l'entreprise d'assurance et de ses médecins-conseil, tous les médecins qu'il a consultés avant et après son admission dans l'assurance.

L'entreprise d'assurance s'engage à traiter de manière strictement confidentielle tous les renseignements qui lui seront fournis ainsi que

les résultats d'examens et d'analyses dont il aura eu connaissance.

Article 29 Cession des droits

L'assuré cède ses droits en faveur de l'entreprise d'assurance à concurrence des prestations que celle-ci lui a versées.

L'assuré est tenu, sous peine de déchéance de l'indemnisation du sinistre, de confirmer par écrit cette cession lorsque l'entreprise d'assurance le demande.

Article 30 Déclarations obligatoires ; réticences et leurs conséquences

a) Le proposant doit déclarer à l'entreprise d'assurance, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont connus ou qu'il doit connaître.

Les questions de l'entreprise d'assurance et la communication du proposant doivent être transmises par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.

Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'entreprise d'assurance de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues.

Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'entreprise d'assurance a posé des questions précises et non équivoques.

b) Si, lorsqu'il a répondu aux questions visées selon alinéa a) celui qui avait l'obligation de le faire a omis de déclarer ou a déclaré inexactement un fait important qu'il connaissait ou qu'il devait connaître (réticence) et sur lequel il a été questionné, l'entreprise d'assurance est en droit de résilier la relation d'assurance avec l'assuré concerné par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.

c) La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient à l'assuré concerné.

d) Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'entreprise d'assurance a eu connaissance de la réticence.

Si la relation d'assurance avec l'assuré concerné prend fin par résiliation en vertu de l'alinéa c), l'obligation de l'entreprise d'assurance d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus dans la mesure où le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où elle a déjà accordé une prestation pour un tel

sinistre, l'entreprise d'assurance a droit à son remboursement.

Article 31 Lieu d'exécution et de juridiction

Les obligations résultant de cette assurance doivent être exécutées sur territoire et en monnaie suisse.

Le for est à Zürich en tant que siège de la Succursale suisse ou Genève en tant que lieu de bureau de représentation genevois de l'entreprise d'assurance ou le domicile en Suisse de l'assuré ou de l'ayant-droit.

Article 32 Dispositions finales

L'édition des conditions générales d'assurance en langue française fait foi.

H. LISTE DES PRESTATIONS

La liste des prestations fait partie intégrante des présentes CGA.

LISTE DES PRESTATIONS	CONDITIONS D'ACCORD PREALABLE SELON ARTICLE 16 DES CGA INFINITY	LIMITES ANNUELLES
Limite maximale de couverture par année civile		3,000,000 CHF
Couverture LCA		Couverture complémentaire aux prestations de l'assurance de base LAMal
Couverture territoriale		Monde à l'exception des USA et Canada sauf en cas d'urgence médicale
TRAITEMENTS STATIONNAIRES		
Hospitalisation en division privée	NON	100%
Hospitalisation psychiatrique en division privée	NON	Maximum 25,000 CHF
Fournitures médicales pendant l'hospitalisation	NON	100%
Honoraires de médecin	NON	100%
Hospitalisation en rééducation	NON	100%
Hospitalisation en soins palliatifs	NON	30 jours dans la vie
TRAITEMENTS AMBULATOIRES		
Traitements médicaux ambulatoires par médecin	NON	100%
Frais pharmaceutiques	NON	100%
Soins infirmiers à domicile	NON	2,500 CHF
Physiothérapie, orthophonie	NON	2,500 CHF
Transport médicalisé	NON	2'500 CHF
Médecine alternative	NON	12 consultations par an, 60 CHF max par consultation
Psychiatrie et psychothérapie	NON	12 consultations par an, max 1,200 CHF
Moyens auxiliaires médicaux	NON	15,000 CHF par période de 2 ans
Cure thermique ou de convalescence	OUI selon article 13 CGA	50 CHF/jour max - 28 jours max par période de 2 ans
Vaccination		
Check up médical	NON	600 CHF
OPTIQUE		
Optique (verres et monture, lentilles de contact)	NON	850 CHF par période de 2 ans
TRAITEMENTS DENTAIRES		
Limite maximale de couverture par année		6,000 CHF
Soins dentaires	NON	80%, max 3,000 CHF
Prothèses dentaires et orthodontie	NON	80%, max 3,000 CHF
MATERNITE		
Accouchement à l'hôpital en division privée	NON	100%
Accouchement à domicile	NON	2,000 CHF