

Assurance de capital risque DIMA

Prévoyance libre (pilier 3b)

Informations à la clientèle concernant les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de capital risque DIMA

Le présent document vous renseigne, sous forme condensée, sur l'identité de l'assureur et les principaux éléments du contrat d'assurance, conformément à l'art. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Vous trouverez dans cette même documentation les CGA dans leur intégralité.

Assurance de capital risque sans part d'épargne

DIMA assure les risques de décès et/ou d'invalidité par suite de maladie ou d'accident.

- En cas de décès, le capital-décès assuré est versé.
- En cas d'invalidité permanente, c'est le capital-invalidité assuré qui est alloué. À partir de 25 % d'invalidité, celui-ci est versé de façon proportionnelle. En cas d'invalidité d'au moins 70 %, la personne assurée en perçoit l'intégralité.
- Si la personne assurée est âgée de plus de 20 ans, la couverture accidents peut être exclue.
- Cette assurance ne comporte ni part d'épargne ni valeur de rachat.

L'assurance de capital-décès et celle de capital-invalidité sont des assurances de sommes.

Libre choix de la somme d'assurance

La somme d'assurance pour décès et celle pour invalidité peut être choisie librement par tranche de CHF 10'000. La somme minimale s'élève à CHF 50'000 en cas d'invalidité et à CHF 10'000 en cas de décès.

DIMA pour les enfants

Pour les enfants jusqu'à l'âge de douze ans, la somme d'assurance maximale en cas de décès est de CHF 20'000. Si l'enfant assuré-e décède avant l'âge de deux ans et demi, une somme maximale de CHF 2'500 est versée. À partir de douze ans, ce sont les sommes d'assurance pour adultes qui s'appliquent.

Prime et paiement

La prime totale est calculée sur la base des primes pour décès et pour invalidité. Le montant de ces primes dépend quant à lui du capital assuré ainsi que du sexe et de l'âge de la personne assurée. Le risque augmentant avec l'âge, les primes sont ajustées en conséquence. À partir de l'année au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 56 ans, la prestation est réduite annuellement de 20 %, sans toutefois que la prime ne soit adaptée au risque croissant.

L'assureur est en droit de moduler les tarifs de primes pendant la durée contractuelle.

La première année civile, la prime est due prorata temporis à la conclusion du contrat. Par la suite, elle doit être payée annuellement à l'avance, en début d'année civile. Des périodes de paiement plus courtes sont également possibles, moyennant une petite majoration.

Début et fin de l'assurance

La proposition d'assurance doit être remplie de façon complète et conforme à la vérité. Si une réponse se révèle fautive ou qu'un fait a été passé sous silence, CONCORDIA peut résilier l'assurance et refuser le versement de la prestation. Tout changement a posteriori des faits indiqués dans la proposition doit être annoncé avant le début de l'assurance. Cela vaut en particulier pour les maladies et accidents qui surviendraient après l'établissement de la proposition.

L'assurance débute le jour indiqué dans la police et prend normalement fin le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 59 ans ou avec le décès de cette dernière. Après une durée contractuelle minimale d'un an, DIMA peut être résiliée avant terme pour la fin de l'année civile en cours.

Vous avez la possibilité de révoquer votre proposition de contrat ou l'acceptation du contrat par écrit. Le délai de révocation est de quatorze jours et commence à courir dès que vous avez proposé ou accepté le contrat.

Si vous êtes en retard dans le paiement de votre prime et que celle-ci reste impayée après sommation, CONCORDIA est en droit de résilier le contrat d'assurance.

L'assurance prend également fin lorsque la personne assurée élit domicile à l'étranger ou qu'elle y séjourne pendant plus de douze mois et que CONCORDIA n'a pas confirmé le maintien de l'assurance par écrit.

Les autres possibilités de mettre fin à l'assurance et la validité temporelle de la protection d'assurance sont indiquées dans les CGA et dans la LCA.

Réduction des prestations

Si le décès ou l'invalidité résultent d'un acte intentionnel ou d'une négligence grave ou qu'ils surviennent à la suite d'une entreprise téméraire, CONCORDIA peut réduire ou refuser les prestations d'assurance. Les CGA, les éventuelles conditions particulières et la LCA prévoient également d'autres motifs d'exclusion et de restriction de la protection d'assurance.

Dans quels buts les données sont-elles traitées par CONCORDIA?

- Conclusion et exécution du contrat d'assurance (y compris établissement de l'offre):

Les données sont traitées en vue de l'établissement de l'offre ainsi que de la conclusion et de l'exécution du contrat d'assurance, notamment dans le cadre des activités suivantes: réponse aux demandes, traitement des prestations, respect des lois, des réglementations et des directives internes, versement des commissions, gestion des données, analyses statistiques, vérification des propositions, examen du risque et clarification des violations de l'obligation de déclarer (LCA), informations à la clientèle, correspondance avec la clientèle, encaissement et décaissement, conseil à la clientèle, carte d'assurance, vérification de l'obligation de s'assurer, contrôle des rabais, lutte contre la fraude à l'assurance. Les données sont enregistrées au format électronique ou conservées sur support papier.

- Sécurité:

Les données sont traitées afin de garantir la sécurité des informations. Cet objectif englobe notamment les activités suivantes: surveillance et journalisation des systèmes et des réseaux de CONCORDIA, garantie de l'opérationnalité, tests, gestion des dysfonctionnements et des sauvegardes.

- Marketing:

CONCORDIA utilise les données à des fins de marketing. Les personnes concernées peuvent notamment recevoir une fois par année un courrier et un appel téléphonique de la part d'un collaborateur ou d'une collaboratrice de CONCORDIA Assurances SA ou d'un centre partenaire. D'autres activités de marketing peuvent également être effectuées, p. ex. sondage sur la satisfaction et les besoins de la clientèle, étude de marché, prestation de services sur mesure. Les personnes concernées peuvent révoquer leur consentement à tout moment. La légitimité du traitement des données réalisé jusqu'à la révocation n'est pas affectée par ladite révocation.

Les données sont-elles échangées avec des tiers?

Il est possible, dans certaines conditions, de recueillir des données auprès de tiers (p. ex. hôpitaux, personnel médical, autres assureurs, autorités). Ces données concernent des personnes assurées (p. ex. nom, adresse, numéro de

téléphone, e-mail, produits d'assurance conclus) ou leur santé (p. ex. factures, rapports médicaux, décomptes de prestations).

Dans le cadre des obligations légales et contractuelles, les données peuvent également être communiquées à des tiers. En fonction du cas, les catégories de destinataires sont notamment les suivantes: prestataires de services auxquels CONCORDIA fait appel pour remplir ses objectifs de traitement des données (p. ex. prestataires informatiques, imprimeries, centres partenaires), autorités, autres assureurs, réassureurs, expert-es externes, tiers impliqués dans des litiges et autres sociétés du groupe CONCORDIA.

Les données peuvent être transmises aux centres clientèle de CONCORDIA au Liechtenstein. Le Conseil fédéral a établi que la législation liechtensteinoise garantit un niveau de protection approprié en vertu de l'art. 16 al. 2 de la loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Qui est responsable du traitement des données?

CONCORDIA Assurances SA, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne, est responsable du traitement des données. La personne assurée a le droit de demander à CONCORDIA les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données la concernant et peut pour cela prendre contact avec le conseiller ou la conseillère à la protection des données interne à l'entreprise par courrier, e-mail ou téléphone: CONCORDIA, Protection des données, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne, info@concordia.ch, +41 41 228 01 11.

Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans la déclaration relative à la protection des données, disponible sur www.concordia.ch/protectiondesdonnees.

Respect de la forme écrite

Les autres formes de communication dont la preuve peut être établie sous forme de texte sont réputées en principe assimilées à la forme écrite, sauf exception prévue par les CGA.

Sont en principe assimilés à la forme écrite:

- les textes parvenant à CONCORDIA par le biais du portail clientèle;
- les textes qui, après vérification de l'identité des personnes concernées, parviennent à CONCORDIA au moyen du formulaire de contact électronique prévu à cet effet sur www.concordia.ch. CONCORDIA n'est pas tenue de mettre à disposition un tel formulaire;
- les textes de documents PDF scannés portant une signature et parvenant à CONCORDIA via l'adresse e-mail info@concordia.ch ou celle indiquée sur la police d'assurance;
- les textes d'e-mails portant une signature électronique qualifiée et parvenant à CONCORDIA via l'adresse e-mail info@concordia.ch ou celle indiquée sur la police d'assurance.

Assureur

Votre assureur est CONCORDIA Assurances SA, une société anonyme du groupe CONCORDIA sise Bundesplatz 15, 6002 Lucerne.

Vous trouverez de plus amples informations sur les droits et obligations des parties contractantes – en particulier sur la protection d'assurance, les exclusions de couverture, la somme d'assurance, les primes et la protection des données – dans la proposition d'assurance, la police, les CGA, les éventuelles conditions particulières d'assurance et la LCA.

Assurance de capital risque DIMA

Prévoyance libre (pilier 3b)

Conditions générales d'assurance (CGA)

| | Art. | | |
|--|------|--|-----|
| 1. Objet de l'assurance | | 8. Clause bénéficiaire | |
| Risques assurés | 1.1 | Bénéficiaires | 8.1 |
| Capital assuré | 1.2 | Clause bénéficiaire en cas de faillite et de saisie | 8.2 |
| Maladie | 1.3 | Cession et mise en gage | 8.3 |
| Accident | 1.4 | | |
| Incapacité de gain | 1.5 | 9. Primes | |
| Invalidité | 1.6 | Tarifs | 9.1 |
| Constataction par l'assureur | 1.7 | Adaptation des tarifs | 9.2 |
| | | Obligation de payer | 9.3 |
| 2. Personnes intéressées au contrat | | Conséquences de la demeure | 9.4 |
| Personnes intéressées | 2.1 | Remboursements de primes | 9.5 |
| Communications | 2.2 | | |
| Forme écrite, formes de communication assimilées à la forme écrite | 2.3 | 10. Traitement des données | |
| 3. Bases contractuelles | | 11. For juridique | |
| 4. Conclusion du contrat | | 12. Adaptation des conditions d'assurance | |
| Domicile et limites d'âge | 4.1 | 13. Service militaire, guerre et troubles | |
| Proposition d'assurance | 4.2 | | |
| Révocation | 4.3 | 1. Objet de l'assurance | |
| Obligation de déclarer et conséquences d'une réticence | 4.4 | 1.1 Risques assurés | |
| Obligation de tenir informé l'assureur avant le début de l'assurance | 4.5 | L'assurance de capital risque DIMA offre, dans le cadre de la prévoyance libre (pilier 3b), une protection contre les conséquences économiques d'un décès ou d'une invalidité par suite de maladie ou d'accident. DIMA est une assurance de risque pur. Étant donné que ses primes ne contiennent pas de part d'épargne, elle n'a pas de valeur de rachat et n'alloue pas de prestations en cas de vie, excepté en cas d'invalidité. L'assurance de capital-décès et celle de capital-invalidité sont des assurances de sommes. L'assurance déploie ses effets dans le monde entier; toutefois, hors de Suisse et de la Principauté du Liechtenstein, elle n'est valable que durant des voyages ou séjours n'excédant pas douze mois, à moins qu'il n'en ait été convenu différemment par écrit avec l'assureur. | |
| 5. Début, durée et fin de l'assurance | | 1.2 Capital assuré | |
| Protection d'assurance provisoire | 5.1 | 1.2.1 Un capital en cas de décès et/ou d'invalidité peut être assuré pour chaque personne assurée. | |
| Protection d'assurance définitive | 5.2 | 1.2.2 Le montant du capital assuré par risque est indiqué dans la police d'assurance. Il s'élève à CHF 10'000 au minimum en cas de décès et à CHF 50'000 au minimum en cas d'invalidité. Jusqu'à l'âge de douze ans, le capital en cas de décès est limité à CHF 20'000. | |
| Durée du contrat | 5.3 | | |
| Résiliation | 5.4 | | |
| Fin de l'assurance | 5.5 | | |
| 6. Restrictions de la protection d'assurance | | | |
| Généralités | 6.1 | | |
| En cas de sinistre provoqué intentionnellement | 6.2 | | |
| En cas de négligence grave ou d'entreprise téméraire | 6.3 | | |
| En cas de décès d'un.e enfant | 6.4 | | |
| 7. Versement des prestations | | | |
| En cas de décès | 7.1 | | |
| En cas d'invalidité | 7.2 | | |
| Adaptation au degré d'invalidité | 7.3 | | |
| Justification des prétentions | 7.4 | | |
| Versement des prestations | 7.5 | | |

1.2.3 Jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 20 ans, le capital assuré en cas de maladie et celui assuré en cas d'accident sont identiques. Dès qu'elle atteint l'âge déterminant de 21 ans, le capital assuré en cas d'accident peut être égal ou inférieur à celui assuré en cas de maladie.

1.2.4 Le capital assuré reste constant jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 55 ans. Dès qu'elle atteint l'âge déterminant de 56 ans, le capital assuré est réduit chaque année de 20% du montant total du capital assuré à l'âge de 55 ans.

1.2.5 Si une part du capital-invalidité est versée, l'autre part reste assurée. Toute reprise ou hausse du capital initialement assuré est exclue.

1.3 Maladie

Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique médicalement et objectivement établie qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen et un traitement médical.

1.4 Accident

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 de façon médicalement et objectivement établie ou entraîne la mort. Sont également considérés comme des accidents:

- les atteintes à la santé causées par l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et par l'ingestion non intentionnelle de substances toxiques ou caustiques;
- les froissements, déchirures de muscles ou de tendons et déboîtements dus à des efforts soudains;
- les gelures, les coups de chaleur, les insolationes ainsi que les atteintes à la santé dues aux rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil;
- la noyade accidentelle.

Si le risque accident n'est pas assuré, il n'existe pas de droit aux prestations dans le cas où le décès ou l'invalidité résulte d'un accident ou de lésions corporelles assimilées à un accident. Lors du concours de diverses causes, les prestations sont versées à hauteur de la part qui n'est pas considérée comme suite d'accident.

1.5 Incapacité de gain

Il y a incapacité de gain lorsque, par suite de maladie ou d'accident,

- la personne assurée exerçant une activité lucrative est entièrement ou partiellement hors d'état d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative qui peut raisonnablement être exigée de sa part. Une autre activité lucrative est réputée pouvoir être raisonnablement exigée de la personne assurée si elle correspond à ses capacités

et à sa position sociale, même si les compétences pour ce faire requièrent un reclassement.

- la personne assurée sans activité lucrative ou en formation est entièrement ou partiellement hors d'état d'exercer les activités qu'elle effectuait jusque-là.

1.6 Invalidité

Est réputée invalidité l'incapacité de gain qui durera probablement jusqu'en fin de vie. Elle est reconnue par l'assureur:

- lorsque la poursuite du traitement médical ne permet pas d'espérer une amélioration sensible de la capacité de gain et que l'incapacité de gain demeurera malgré des mesures de réadaptation,
- et lorsque l'incapacité de gain a subsisté durant une période d'au moins douze mois. Si l'invalidité est établie avant l'expiration du délai de douze mois, l'assureur peut la reconnaître plus tôt.

1.7 Constatation par l'assureur

L'assureur constate l'incapacité de gain ou l'invalidité, sa survenance, son degré et sa durée en se fondant sur l'évaluation réalisée en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein par un·e expert·e reconnu·e ou désigné·e par ses soins.

Pour les personnes exerçant une activité lucrative, le degré d'incapacité de gain ou d'invalidité est déterminé sur la base de la perte de gain subie. À cet effet, le revenu perçu avant la survenance de l'incapacité de gain est comparé avec celui encore réalisé après la survenance de l'incapacité de gain ou qui pourrait être obtenu sur un marché du travail équilibré.

Pour les personnes exerçant une activité lucrative dont le revenu est irrégulier ou sujet à de fortes fluctuations ainsi que pour les indépendant·es, le revenu moyen soumis à l'AVS des 36 mois civils qui ont précédé le début de l'incapacité de gain est réputé revenu déterminant avant l'incapacité de gain. Pour les personnes sans activité lucrative ou en formation, le degré d'incapacité de gain ou d'invalidité est déterminé sur la base d'une comparaison des champs d'activité. Les activités relevant des attributions de la personne assurée avant la survenance de son incapacité de gain sont alors comparées à celles qui peuvent encore être exercées et raisonnablement exigées de sa part ultérieurement.

2. Personnes intéressées au contrat

2.1 Personnes intéressées

Sont intéressées au contrat d'assurance les personnes suivantes:

- le **preneur ou la preneuse d'assurance**, qui est la personne qui établit la proposition, conclut l'assurance et est le ou la partenaire contractuel·le de l'assureur;

- la **personne assurée**, qui est la personne dont la vie ou la capacité de gain est assurée. Il peut s'agir du preneur ou de la preneuse d'assurance ou d'une autre personne;
- les **bénéficiaires**, qui sont les personnes ou institutions qui, selon la volonté du preneur ou de la preneuse d'assurance, ont droit à tout ou partie des prestations assurées;
- le **payeur ou la payeuse de primes**, qui est le preneur ou la preneuse d'assurance, pour autant qu'aucune autre personne ne se soit engagée à payer les primes.
- CONCORDIA Assurances SA, qui est l'**assureur** et le partenaire contractuel du preneur ou de la preneuse d'assurance.

2.2 Communications

Pour être juridiquement valables, les communications à l'assureur doivent lui parvenir par écrit.

L'assureur envoie ses communications par écrit au preneur ou à la preneuse d'assurance, à la personne assurée, au payeur ou à la payeuse de primes, aux ayants droit et aux bénéficiaires à la dernière adresse lui ayant été transmise.

Les communications peuvent aussi être envoyées par voie électronique. L'assureur peut émettre des directives à observer pour que les communications soient réputées avoir été notifiées valablement.

Si le preneur ou la preneuse d'assurance réside hors de Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein, il ou elle doit désigner un·e représentant·e en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein à qui l'assureur peut envoyer valablement toutes ses communications.

2.3 Forme écrite, formes de communication assimilées à la forme écrite

Sont réputées en principe assimilées à la forme écrite les autres formes de communication dont la preuve peut être établie sous forme de texte. Sur son site Internet (www.concordia.ch) et dans le document d'information à la clientèle conformément à l'art. 3 de la loi sur le contrat d'assurance (LCA), l'assureur peut émettre des directives concernant ces autres formes afin qu'elles puissent être assimilées à la forme écrite. Les dispositions légales impératives ainsi que la jurisprudence en la matière demeurent réservées. L'utilisation des autres formes peut entraîner des risques accrus en matière de protection des données. L'assureur ne répond pas de comportements dont le preneur ou la preneuse d'assurance est personnellement responsable.

3. Bases contractuelles

- 3.1** Les pièces suivantes constituent, dans l'ordre indiqué, les bases juridiques du contrat d'assurance:
- la proposition d'assurance, les questionnaires dûment complétés et, le cas échéant, le rapport de l'examen médical ainsi que tout renseignement complémentaire fourni pour l'examen du risque;
 - les dispositions figurant dans la police d'assurance et dans les éventuels avenants et conditions particulières;
 - les présentes Conditions générales d'assurance (CGA);
 - la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), lorsqu'un état de fait n'est pas expressément réglé par le contrat.

Si certains documents se révèlent contradictoires lors de l'interprétation du contrat, la réglementation de rang supérieur fait foi.

- 3.2** Là où les présentes CGA ou le tarif de primes se réfèrent à l'âge de la personne assurée, la différence entre l'année civile en cours et l'année de naissance est réputée âge déterminant.

- 3.3** L'année d'assurance correspond à l'année civile. La première année d'assurance s'étend du début de l'assurance à la fin de la même année civile.

4. Conclusion du contrat

4.1 Domicile et limites d'âge

Une personne peut être assurée si elle est domiciliée en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein, au plus tôt à partir du premier jour du mois suivant sa naissance. À partir du début de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 56 ans, une nouvelle assurance ne peut plus être conclue et le capital assuré ne peut plus être augmenté.

4.2 Proposition d'assurance

Le preneur ou la preneuse d'assurance doit remplir la proposition d'assurance de manière complète et conforme à la vérité et la transmettre à l'assureur. La personne assurée, ou son ou sa représentant·e légal·e, doit répondre aux questions relatives à la santé et à d'autres facteurs de risque de manière complète et conforme à la vérité.

Le preneur ou la preneuse d'assurance est lié·e par sa proposition pendant quatorze jours, ou quatre semaines si un examen médical est nécessaire, à moins d'avoir fixé un délai plus court ou révoqué la proposition.

4.3 Révocation

Le preneur ou la preneuse d'assurance peut révoquer sa proposition de contrat ou l'acceptation du contrat par écrit. Le délai de révocation est de quatorze jours et commence à courir dès que le preneur ou la preneuse d'assurance a proposé ou accepté le contrat.

4.4 Obligation de déclarer et conséquences d'une réticence

Le preneur ou la preneuse d'assurance et la personne assurée, ou un·e éventuel·le représentant·e, ont l'obligation, pendant toute la procédure d'affiliation, de déclarer à l'assureur tous les faits importants pour l'appréciation du risque qui leur sont connus ou qui devraient l'être.

Il y a violation de l'obligation de déclarer (réticence) lorsqu'au moment de répondre aux questions, le preneur ou la preneuse d'assurance, la personne assurée ou l'éventuel·le représentant·e ont omis de déclarer ou ont déclaré de manière incorrecte des faits importants qui leur étaient connus ou qui auraient dû l'être et au sujet desquels ils ou elles ont été questionné·es par écrit. Sont notamment réputés faits importants les maladies ou séquelles d'accidents actuelles ou passées.

L'assureur peut se départir du contrat par écrit dans les quatre semaines à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la violation de l'obligation de déclarer. L'obligation d'accorder les prestations prend alors fin pour les sinistres déjà subis dont la survenance ou l'étendue ont été influencées par un fait important non déclaré ou déclaré incorrectement. Pour les assurances ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2006, l'obligation à prestations prend fin pour tout sinistre déjà survenu. Si l'assureur a déjà rempli son obligation à prestations, il a droit à la restitution des prestations versées. Il n'existe en revanche aucun droit au remboursement des primes.

4.5 Obligation de tenir informé l'assureur avant le début de l'assurance

Si, entre le moment où les questionnaires ont été remplis et la date de début d'assurance, des faits changent et entraînent une aggravation essentielle du risque, le preneur ou la preneuse d'assurance, la personne assurée ou l'éventuel·le représentant·e doivent le signaler immédiatement par écrit à l'assureur et compléter ou rectifier leurs réponses. L'assureur est en droit de se départir du contrat en cas d'aggravation du risque ou de violation de l'obligation de tenir informé l'assureur.

5. Début, durée et fin de l'assurance

5.1 Protection d'assurance provisoire

5.1.1 La protection d'assurance provisoire débute dès que la proposition dûment complétée parvient à l'assureur, au plus tôt cependant à partir de la date de début d'assurance indiquée dans la proposition.

5.1.2 Si la proposition d'assurance est établie avant la naissance de la personne à assurer, la protection d'assurance provisoire débute dès que parvient à l'assureur la déclaration indiquant que l'enfant est né·e et est en parfaite santé, au plus tôt cependant à partir du premier jour du mois suivant la naissance.

5.1.3 La protection d'assurance provisoire est accordée uniquement si, au moment de l'établissement de la proposition, la personne à assurer:

- n'envisage pas de séjourner hors de Suisse, de la Principauté du Liechtenstein, d'Europe occidentale ou d'Amérique du Nord;
- ne suit pas d'examen ou de traitements médicaux ou ne se trouve pas sous contrôle médical;
- jouit d'une pleine capacité de travail, si elle exerce une activité lucrative, ou
- peut exécuter toutes les activités qu'une personne du même âge et du même sexe en parfaite santé peut exécuter, si elle n'exerce pas d'activité lucrative.

5.1.4 La protection d'assurance provisoire ne s'applique pas aux atteintes à la santé préexistantes et à leurs séquelles.

5.1.5 Si un cas d'assurance survient durant la période de protection d'assurance provisoire, l'assureur fournit les prestations d'assurance demandées, limitées cependant pour toutes les propositions en suspens ou polices existantes sur la tête de la même personne à un total maximal de CHF 100'000 en cas de décès et de CHF 100'000 en cas d'invalidité.

5.1.6 La protection d'assurance provisoire dure 60 jours au maximum. Elle prend fin:

- à l'entrée en vigueur de la protection d'assurance définitive;
- si le preneur ou la preneuse d'assurance révoque la proposition ou refuse une modification proposée par l'assureur;
- si l'assureur ajourne ou refuse la proposition.

5.2 Protection d'assurance définitive

L'assureur décide de l'acceptation de la proposition d'assurance. Il peut accepter la proposition sans changement, émettre des réserves, appliquer une majoration de prime pour des risques particuliers, ajourner la proposition ou refuser intégralement l'assurance.

La protection d'assurance définitive entre en vigueur à la date mentionnée comme début de l'assurance dans la police.

5.3 Durée du contrat

L'assurance dure au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge déterminant de 59 ans (âge-terme).

5.4 Résiliation

Le preneur ou la preneuse d'assurance peut, au plus tôt un an après le début de l'assurance, résilier l'assurance avant terme pour la fin de l'année civile en cours ou réduire la somme d'assurance au moyen d'une communication écrite.

5.5 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin:

- avec le décès de la personne assurée;
- en cas d'invalidité totale de la personne assurée, si celle-ci n'est pas assurée en cas de décès;
- à l'atteinte de l'âge-terme.

L'assurance prend fin avant terme:

- en cas de révocation de la proposition par le preneur ou la preneuse d'assurance;
- en cas de résiliation par le preneur ou la preneuse d'assurance;
- en cas de résiliation par l'assureur consécutive à une violation de l'obligation de déclarer (réticence) ou à une aggravation essentielle du risque avant le début de l'assurance;
- si la personne assurée établit son domicile hors de Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein ou qu'elle séjourne hors de Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein durant plus de douze mois, sans que l'assureur n'ait auparavant accepté par écrit la poursuite de l'assurance;
- en cas de non-paiement de la prime à l'expiration du délai de sommation.

6. Restrictions de la protection d'assurance

6.1 Généralités

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance dans les cas suivants:

- tout trouble de santé déjà présent à la naissance (p.ex. infirmités congénitales, anomalies génétiques et maladies héréditaires, malformations, séquelles d'accidents ou d'interventions durant la grossesse ou lésions obstétricales) ainsi que ses séquelles. Le moment où ce trouble de santé est diagnostiqué ou identifié n'est pas déterminant;
- décès ou invalidité résultant des effets de radiations ionisantes ou de dommages causés par l'énergie atomique;
- refus ou entrave aux examens, éclaircissements ou mesures de réinsertion professionnelle exigés par l'assureur;

- participation à des interventions pour le maintien de la paix dans le cadre de l'ONU;
- participation à une guerre, à des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre ou à des troubles civils. Les dispositions selon l'art. 13 des présentes CGA relatives au service militaire, à la guerre et aux troubles sont applicables;
- conséquences d'un crime ou d'un délit commis intentionnellement par la personne assurée ou de la tentative de tels actes. Il y a intention lorsque la personne assurée commet l'acte consciemment et volontairement ou lorsqu'elle tient pour possible la réalisation de l'acte et en accepte les éventuelles conséquences.

6.2 En cas de sinistre provoqué intentionnellement

Il n'existe aucun droit à des prestations si la personne assurée:

- se donne la mort ou devient invalide à la suite d'une tentative de suicide dans les trois ans à compter du début, de l'augmentation ou de la remise en vigueur de l'assurance;
- a provoqué intentionnellement son invalidité.

Il en va de même si la personne assurée a commis le geste ayant conduit à son décès ou à son invalidité dans un état d'incapacité de discernement.

6.3 En cas de négligence grave ou d'entreprise téméraire

Si l'événement assuré est provoqué par négligence grave, l'assureur peut réduire ses prestations d'assurance. Il y a négligence grave lorsque la personne assurée n'envisage pas ou ne prend pas en considération les conséquences d'un acte, par une imprévoyance coupable, et qu'elle ne tient pas compte des précautions les plus élémentaires qui paraîtraient évidentes à toute personne raisonnable dans la même situation et dans les mêmes circonstances.

Si l'événement assuré résulte d'une ou de plusieurs entreprises téméraires, les prestations assurées sont réduites, voire, dans des cas particulièrement graves, refusées. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre ou pouvoir prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables. En revanche, le sauvetage de personnes est couvert par l'assurance, même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire.

6.4 En cas de décès d'un-e enfant

Pour une assurance sur la tête d'un-e enfant, l'assureur est autorisé à payer un capital-décès s'élevant au maximum aux montants suivants:

- CHF 2'500, si l'enfant décède avant l'âge de deux ans et demi;
- CHF 20'000 pour l'ensemble des assurances existantes, si l'enfant avait entre deux ans et demi et douze ans au moment du décès.

7. Versement des prestations

7.1 En cas de décès

7.1.1 Si la personne assurée décède pendant la durée de validité de la protection d'assurance, le capital-décès est dû.

7.1.2 Lorsque le décès de la personne assurée a lieu après que le capital-invalidité a été partiellement ou totalement versé, le capital-décès est également alloué dans la mesure où six mois au moins se sont écoulés entre le début de l'invalidité et le décès de la personne assurée. Si le décès a lieu plus tôt et que le capital-décès assuré est plus élevé que le capital-invalidité déjà alloué, la différence est due. Si la cause du décès ne présente pas de rapport avec la cause de l'invalidité, le capital-décès est intégralement versé.

7.2 En cas d'invalidité

Si une invalidité de la personne assurée survient pendant la durée de validité de la protection d'assurance, le capital-invalidité, dont le montant est déterminé en fonction du degré d'invalidité, est dû.

- Une invalidité inférieure à 25% ne donne aucun droit aux prestations.
- Une invalidité de 25 à 70% donne droit à un capital-invalidité proportionnel au degré d'invalidité.
- Pour un degré d'invalidité d'au moins 70%, le capital-invalidité est intégralement dû.

7.3 Adaptation au degré d'invalidité

Toute modification du degré d'invalidité doit être immédiatement communiquée à l'assureur. Celui-ci a en tout temps le droit de demander un réexamen du degré d'invalidité.

Si, à la suite d'un changement du degré d'invalidité, les prestations perçues se révèlent avoir été trop élevées, elles doivent être restituées à l'assureur. Si le montant des primes versées est insuffisant, la différence doit être payée.

7.4 Justification des prétentions

7.4.1 L'assureur examine le droit aux prestations d'assurance dès qu'il se trouve en possession de tous les documents nécessaires. À cet effet, il convient de lui remettre l'ensemble des documents énumérés ci-dessous:

- en cas de décès:
 - l'original de la police d'assurance;
 - la demande de prestations dûment remplie;
 - le livret ou acte de famille;
 - un certificat de décès officiel;
 - un certificat médical.
- en cas d'invalidité:
 - l'original de la police d'assurance;
 - la demande de prestations dûment remplie;
 - un rapport des médecins traitant·es sur la cause, le déroulement et la durée de l'invalidité.

7.4.2 L'assureur est en droit de demander que lui soient remis d'autres renseignements ou justificatifs ou de se les procurer lui-même ainsi que de faire examiner la personne assurée en tout temps par un·e médecin. Les médecins de la personne assurée sont déliés du secret professionnel vis-à-vis de l'assureur.

7.4.3 Les documents et les justificatifs doivent être transmis en français, allemand, italien ou anglais. S'ils sont remis dans une autre langue, l'assureur peut demander à la personne requérante de fournir une traduction assermentée effectuée en Suisse.

7.4.4 Les prétentions d'assurance se prescrivent par cinq ans à compter de la survenance du fait duquel naît l'obligation.

7.5 Versement des prestations

Le versement de la prestation d'assurance s'effectue en francs suisses (CHF) sur un compte désigné par les bénéficiaires dans une banque en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein ou à la Poste suisse. En cas de mise en gage, l'assureur ne peut verser la prestation échue qu'avec le consentement écrit du créancier ou de la créancière gagiste.

8. Clause bénéficiaire

8.1 Bénéficiaires

8.1.1 Sauf disposition contraire, les personnes ci-après sont considérées comme bénéficiaires dans l'ordre suivant:

1. la personne assurée;
2. à son décès, le ou la conjoint·e, ou le ou la partenaire enregistré·e, de la personne assurée;
3. à défaut, les enfants de la personne assurée;
4. à défaut, les parents de la personne assurée;
5. à défaut, les autres héritiers et héritières de la personne assurée, à l'exception des collectivités publiques.

8.1.2 S'il n'existe aucun·e bénéficiaire, les frais funéraires sont pris en charge, à hauteur de 10% du capital-décès assuré et pour un minimum de CHF 2'500.

8.1.3 Le preneur ou la preneuse d'assurance peut, à tout moment avant le versement de la prestation d'assurance, modifier l'ordre des bénéficiaires, exclure des ayants droit ou désigner d'autres bénéficiaires, pour autant qu'il ou elle n'ait pas procédé auparavant à une désignation irrévocable de bénéficiaires. Le preneur ou la preneuse d'assurance ne peut pas se faire représenter dans ce cadre.

8.1.4 Il ou elle doit adresser une communication écrite à cet effet à l'assureur et désigner nommément la personne bénéficiaire (les autres formes de communication en principe assimilées à la forme écrite ne sont pas valables). Des personnes morales peuvent également être désignées comme bénéficiaires.

- 8.1.5 Le preneur ou la preneuse d'assurance peut procéder à une désignation irrévocable de bénéficiaires. En pareil cas, il ou elle doit renoncer dans la police à toute révocation de bénéficiaires en l'attestant par sa signature, puis remettre la police à la personne bénéficiaire.

8.2 Clause bénéficiaire en cas de faillite et de saisie

- 8.2.1 Si le preneur ou la preneuse d'assurance a procédé à une désignation irrévocable de bénéficiaires, les prétentions découlant de l'assurance fondées sur la clause bénéficiaire ne sont pas soumises à l'exécution forcée en faveur des créanciers ou créancières du preneur ou de la preneuse d'assurance.

Sinon, la clause bénéficiaire s'éteint en cas de saisie des prétentions d'assurance ou avec l'ouverture de la faillite à l'encontre du preneur ou de la preneuse d'assurance. Elle reprend effet si la saisie tombe ou si la faillite est révoquée.

- 8.2.2 Si le preneur ou la preneuse d'assurance a conclu l'assurance sur sa propre tête, son ou sa conjoint·e, son ou sa partenaire enregistré·e ou ses descendant·es sont privilégié·es, sous réserve d'éventuels droits de gage, dans la réalisation par voie de poursuite ou de faillite du preneur ou de la preneuse d'assurance comme suit:

- Si ces personnes sont désignées comme bénéficiaires, ni leurs prétentions d'assurance ni celles du preneur ou de la preneuse d'assurance ne sont soumises à l'exécution forcée. Ces bénéficiaires se substituent au preneur ou à la preneuse d'assurance dans les droits et obligations découlant du contrat, à moins qu'ils ou elles ne récusent expressément cette substitution.
- Si d'autres bénéficiaires sont nommé·es, le ou la conjoint·e, le ou la partenaire enregistré·e ou les descendant·es du preneur ou de la preneuse d'assurance peuvent exiger, avec le consentement de celui-ci ou celle-ci, que les prétentions du contrat d'assurance leur soient transférées.

8.3 Cession et mise en gage

Le preneur ou la preneuse d'assurance peut mettre en gage ou céder les prétentions découlant de l'assurance. Pour ce faire, toutes les conditions suivantes doivent être réunies:

- un contrat de gage ou de cession écrit doit être établi entre, d'une part, le preneur ou la preneuse d'assurance et, d'autre part, le créancier ou la créancière gagiste ou l'acquéreur ou l'acquéresse du droit (les autres formes de communication en principe assimilées à la forme écrite ne sont pas valables);
- la police d'assurance doit être remise au créancier ou à la créancière gagiste ou à l'acquéreur ou l'acquéresse du droit;
- une notification écrite doit être envoyée à l'assureur (les autres formes de communication en principe assimilées à la forme écrite ne sont pas valables).

Le droit de gage prévaut sur la désignation de bénéficiaires, qui déploie à nouveau tous ses effets dès la suppression de la mise en gage. En cas de cession, l'acquéreur ou l'acquéresse de la prétention d'assurance en devient l'ayant droit.

9. Primes

9.1 Tarifs

La prime est calculée annuellement et figure sur la police. Les tarifs de primes prévoient des classes d'âge basées sur les risques. Lorsque l'âge déterminant de la personne assurée atteint la classe d'âge suivante, la prime augmente en raison de la hausse du risque.

9.2 Adaptation des tarifs

Les tarifs de primes ne sont pas garantis. L'assureur peut les adapter lorsque les circonstances constituant la base de calcul des primes ont profondément changé. Pour ce faire, il communique les adaptations par écrit au preneur ou à la preneuse d'assurance au plus tard huit semaines avant leur entrée en vigueur. Le preneur ou la preneuse d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance par écrit, en faisant parvenir à l'assureur la résiliation au plus tard le dernier jour de l'année civile en cours. S'il ou elle fait usage de ce droit, l'assurance prend fin à l'expiration de l'année d'assurance en cours. Si le preneur ou la preneuse d'assurance omet de procéder à la résiliation, il ou elle est réputé·e avoir accepté l'adaptation de l'assurance. Les augmentations de primes dues au passage de la personne assurée à la classe d'âge supérieure du tarif de primes ne constituent pas un motif de résiliation au sens de cet article.

9.3 Obligation de payer

La période de prime correspond à l'année civile. La prime doit être payée chaque année par avance. La première année civile, la prime est due prorata temporis à la conclusion du contrat. Les années suivantes, la prime arrive à échéance au début de l'année civile.

La prime annuelle peut aussi faire l'objet d'un paiement échelonné contre majoration. Les acomptes doivent également être payés par avance. Selon le mode de paiement, l'assureur peut percevoir une majoration supplémentaire sur la prime ou accorder des rabais.

9.4 Conséquences de la demeure

Si la prime n'a pas été payée à l'échéance, l'assureur somme par écrit le preneur ou la preneuse d'assurance de s'en acquitter dans les quatorze jours suivant l'envoi de la sommation en lui rappelant les conséquences d'un retard de paiement. Si la sommation reste sans effet, la protection d'assurance prend fin à l'expiration du délai de sommation. Si le paiement est effectué après l'expiration du délai de sommation, la protection d'assurance n'est pas automatiquement remise en vigueur. L'assureur peut rembourser la prime payée en retard et refuser la poursuite de l'assurance, exiger un nouvel examen de l'état de santé de la personne assurée ou assortir l'octroi de la protection d'assurance de nouvelles conditions. Aucune protection d'assurance n'est accordée pour les suites de tout sinistre se produisant entre l'expiration du délai de sommation et l'acceptation des primes payées en retard, intérêts et frais compris.

9.5 Remboursements de primes

L'assureur rembourse au payeur ou à la payeuse de primes actuellement enregistrée chez lui les primes qui ont été payées pour la période suivant le décès ou la survenance de l'invalidité de la personne assurée.

10. Traitement des données

10.1 L'assureur traite les données qui sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, c'est-à-dire les données concernant le preneur ou la preneuse d'assurance, la personne assurée, le payeur ou la payeuse de primes et les bénéficiaires.

10.2 Les données sont enregistrées au format électronique ou conservées sur support papier.

10.3 L'assureur peut transférer une partie des risques à un réassureur. Pour ce faire, il lui transmet les données personnelles nécessaires à la réassurance.

10.4 L'assureur peut faire appel à des spécialistes externes en vue du traitement de l'assurance (par exemple des médecins, des expert-es juridiques). Il les astreint alors à l'obligation de garder le secret et au respect de la protection des données. Dans le cadre de l'examen des propositions ou du contrôle des prestations, des données personnelles peuvent également être demandées à d'autres compagnies d'assurance ou leur être communiquées. Des données personnelles ne sont communiquées à d'autres tiers qu'avec l'accord du preneur ou de la preneuse d'assurance ou de la personne assurée.

11. For juridique

En cas de litige, le for juridique est le siège social de l'assureur à Lucerne ou le lieu de domicile du preneur ou de la preneuse d'assurance ou de l'ayant droit en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein.

12. Adaptation des conditions d'assurance

Les conditions d'assurance sont valables pendant toute la durée de l'assurance. Si l'assureur adapte les CGA de l'assurance de capital risque DIMA pendant la durée contractuelle, le preneur ou la preneuse d'assurance a la possibilité de demander l'application des nouvelles conditions. L'assureur déterminera si les nouvelles conditions d'assurance sont applicables et, le cas échéant, dans quelle mesure.

13. Service militaire, guerre et troubles

13.1 Le service actif pour sauvegarder la neutralité suisse et maintenir la tranquillité et l'ordre à l'intérieur du pays, sans opérations de guerre dans l'un et l'autre cas, est considéré comme service militaire en temps de paix; comme tel, il est couvert sans autre formalité dans le cadre des présentes CGA.

13.2 Si la Suisse est en guerre ou qu'elle se trouve engagée dans des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, une contribution unique de guerre est due dès le début et devient exigible un an après la fin de la guerre. Le fait que la personne assurée prenne part ou non à la guerre et qu'elle séjourne en Suisse ou à l'étranger n'est pas déterminant.

13.3 La contribution unique de guerre sert à couvrir les pertes résultant directement ou indirectement de la guerre, pour autant qu'elles concernent les assurances auxquelles les présentes conditions sont applicables. L'évaluation de ces pertes et des fonds disponibles, ainsi que la détermination du montant de la contribution unique de guerre et des moyens de la recouvrer – le cas échéant, en réduisant les prestations assurées – sont faites par l'assureur en accord avec l'autorité suisse de surveillance.

13.4 Si des prestations d'assurance arrivent à échéance avant que la contribution unique de guerre ne soit déterminée, l'assureur a le droit de différer partiellement le paiement de ces prestations et de l'effectuer au plus tard un an après la fin de la guerre. Le montant de la prestation différée ainsi que le taux de l'intérêt à bonifier sur cette prestation sont fixés par l'assureur, en accord avec l'autorité suisse de surveillance.

- 13.5** Les dates de début et de fin de la guerre au sens des dispositions précédentes sont fixées par l'autorité suisse de surveillance.
- 13.6** Si la personne assurée prend part à une guerre ou à des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou se trouve engagée dans des hostilités de cette nature, et qu'elle décède soit pendant cette guerre soit dans les six mois qui suivent la conclusion de la paix ou la fin des hostilités, la réserve mathématique est due par l'assureur; elle est calculée au jour du décès, sans que le montant dû puisse toutefois dépasser celui de la prestation assurée en cas de décès. Si des rentes de survivant·es sont assurées, les rentes correspondant à la réserve mathématique au jour du décès interviennent en lieu et place de la réserve mathématique, sans toutefois qu'elles puissent dépasser les rentes assurées.
- 13.7** L'assureur se réserve le droit de modifier, en accord avec l'autorité suisse de surveillance, les dispositions de cet article et d'appliquer les modifications au contrat d'assurance. Demeurent en outre expressément réservées les mesures légales et administratives édictées en relation avec la guerre, notamment celles qui concernent le rachat de l'assurance.



Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch