

Assurance-vie de risque DIMA

Prévoyance libre (pilier 3b)

Conditions générales d'assurance (CGA)

Informations sur l'assurance-vie de risque DIMA

Le présent document vous apporte des informations claires et concises sur l'assurance-vie de risque DIMA. Vous trouverez dans cette même documentation les Conditions générales d'assurance (CGA).

Assurance-vie de 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%, l'assuré 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 pas de part d'épargne ou de valeur de rachat.

Libre choix de la somme d'assurance

La somme d'assurance pour décès et 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 12 ans, la somme d'assurance maximale en cas de décès est de CHF 20'000. Si un enfant assuré décède avant d'atteindre ses 2 ans et demi, CHF 2'500 sont versés au maximum. À partir de 12 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 56 ans, la prestation est réduite annuellement de 20%, sans toutefois que la prime 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 au prorata temporis à la conclusion du contrat. Par la suite, elle doit être payée annuellement d'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 tu, CONCORDIA peut résilier l'assurance et refuser le versement de la prestation. Toute modification a posteriori des faits indiqués dans la proposition doit être annoncée avant le début de l'assurance. Cela vaut en particulier pour les maladies et/ou 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 révolus 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.

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

L'assurance s'achève également lorsque la personne assurée élit domicile à l'étranger ou qu'elle y séjourne plus de 12 mois et que CONCORDIA n'a pas confirmé le maintien de l'assurance par écrit.

Les CGA et la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) prévoient également d'autres possibilités de mettre un terme à l'assurance.

Limitations 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 (voir ci-après) et la LCA prévoient également d'autres cas d'exclusion et de limitation de la protection d'assurance.

Discretion et protection des données

CONCORDIA traite les données nécessaires à la conclusion et à l'exécution du contrat d'assurance. Pour ce faire, elle peut faire appel à des experts externes et à d'autres assureurs. Les données sont enregistrées sous forme électronique ou conservées sous forme papier.

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 et la LCA.

Assurance-vie de risque DIMA

Prévoyance libre (pilier 3b)

Conditions générales d'assurance (CGA)

	Art.		
1. Objet de l'assurance		9. Primes	
Risques assurés	1.1	Tarif	9.1
Capital assuré	1.2	Adaptation des tarifs	9.2
Maladie	1.3	Obligation de payer	9.3
Accident	1.4	Conséquences de la demeure	9.4
Incapacité de gain	1.5	Remboursements de primes	9.5
Invalidité	1.6		
Constatation par l'assureur	1.7	10. Traitement des données	
2. Personnes intéressées au contrat		11. For juridique	
Forme masculine et féminine	2.1	12. Adaptation des conditions d'assurance	
Personnes intéressées	2.2	13. Service militaire, guerre et troubles	
Communications	2.3		
3. Bases contractuelles		1. Objet de l'assurance	
4. Conclusion du contrat		1.1 Risques assurés	
Domicile et âge d'entrée	4.1	L'assurance-vie de 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.	
Proposition	4.2	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.	
Révocation	4.3	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 12 mois, sous réserve qu'aucun autre accord écrit n'ait été conclu avec l'assureur.	
Obligation de déclarer et conséquences d'une réticence	4.4	1.2 Capital assuré	
5. Début, durée et fin de l'assurance		1.2.1 Un capital en cas de décès et/ou d'invalidité peut être assuré pour chaque personne assurée.	
Protection d'assurance provisoire	5.1	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 12 ans révolus, le capital en cas de décès est limité à CHF 20'000 maximum.	
Protection d'assurance définitive	5.2	1.2.3 Jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée est réputée avoir 20 ans, le capital assuré en cas de maladie et d'accident reste le même. 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.	
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 et d'entreprise téméraire	6.3		
En cas de décès d'un 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	7.5		
8. Clause bénéficiaire			
Bénéficiaires	8.1		
Clause bénéficiaire en cas de faillite et de saisie	8.2		
Cession et mise en gage	8.3		

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

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 accidents

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

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 d'une maladie ou d'un 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 d'elle. Une autre activité lucrative est réputée pouvoir être raisonnablement exigée de la personne assurée si elle correspond aux capacités et à la position sociale de la personne assurée, même si les compétences pour ce faire requièrent un reclassement.
- la personne assurée sans activité lucrative ou en formation est entièrement ou partiellement limitée dans l'exercice des activités qu'elle effectuait jusqu'ici.

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 continuation 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 lorsqu'elle a existé durant une période d'au moins 12 mois. Si l'invalidité est établie avant l'expiration du délai de 12 mois, l'assureur peut la reconnaître plus tôt.

1.7 Constatation par l'assureur

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

Pour les personnes exerçant une activité lucrative, le degré d'incapacité de gain resp. 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 indépendants, est réputé revenu déterminant avant l'incapacité de gain le revenu moyen soumis à cotisations AVS des 36 mois civils qui ont précédé le début de l'incapacité de gain.

Pour les personnes sans activité lucrative ou en formation, le degré d'incapacité de gain resp. d'invalidité est déterminé sur la base d'une comparaison des activités. Dans pareil cas, les activités relevant des attributions de la personne assurée avant la survenance de l'incapacité de gain sont comparées à celles qui peuvent encore être exercées ultérieurement et qui peuvent être raisonnablement exigées de la personne concernée.

2. Personnes intéressées au contrat

2.1 Forme masculine et féminine

Afin de faciliter la lecture des conditions d'assurance, la forme masculine est utilisée pour toutes les dénominations de personnes. Ces dénominations s'appliquent également aux personnes de sexe féminin et aux personnes morales.

2.2 Personnes intéressées

Sont intéressées au contrat d'assurance les personnes suivantes:

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

2.3 Communications

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

Les communications adressées par écrit par l'assureur au preneur d'assurance, aux personnes assurées, au payeur de primes, aux ayants droit ou aux bénéficiaires le sont à la dernière adresse connue.

Si le preneur d'assurance habite hors de Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein, il doit désigner un représentant en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein auquel l'assureur peut valablement adresser toutes les communications.

3. Bases contractuelles

3.1 Les éléments suivants, dans l'ordre indiqué, constituent les bases juridiques du contrat d'assurance:

- la proposition d'assurance, le questionnaire dûment complété 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 prévu par le contrat.

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

3.2 Dès lors que les présentes CGA ou le tarif de primes se réfèrent à l'âge de la personne assurée, est réputé âge déterminant la différence entre l'année civile en cours et l'année de naissance.

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 âge d'entrée

Une personne peut être assurée si elle est domiciliée en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein. Elle peut être assurée 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 est réputée avoir 56 ans, une nouvelle assurance ne peut plus être conclue et le capital assuré ne peut plus être augmenté.

4.2 Proposition

Le preneur d'assurance doit remplir la proposition d'assurance de façon complète et conforme à la vérité, la signer et la transmettre à l'assureur. La personne assurée ou son représentant légal doit répondre aux questions de santé et autres facteurs de risque dans leur intégralité et de manière véridique.

Le preneur d'assurance est lié par sa proposition pendant 14 jours ou quatre semaines si un examen médical est nécessaire, dans la mesure où il n'a pas fixé un délai plus court ni révoqué la proposition.

4.3 Révocation

Le preneur d'assurance peut révoquer la proposition par écrit dans un délai de 14 jours à partir de la date de signature. Cela vaut également si l'assureur a déjà accepté la proposition.

4.4 Obligation de déclarer et conséquences d'une réticence

Le preneur d'assurance et la personne assurée resp. son représentant sont tenus, durant toute la procédure d'affiliation, de déclarer à l'assureur tous les faits importants pour l'appréciation du risque qui sont ou doivent être connus d'eux. Si pareils faits connaissent des changements avant le début de l'assurance, ils sont tenus de le déclarer à l'assureur et de compléter ou corriger leurs déclarations dans la proposition resp. le questionnaire.

Il y a réticence lorsqu'à la conclusion de l'assurance, le preneur d'assurance ou l'assuré resp. leur représentant a omis de déclarer ou a déclaré de manière incorrecte un fait important dont il avait ou aurait dû avoir connaissance et au sujet duquel il a

été questionné par écrit. Sont notamment réputées faits importants les maladies ou séquelles d'accidents existantes ou ayant précédemment existé. L'assureur peut se départir du contrat par écrit dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. Son obligation à prestations prend alors fin pour les dommages déjà survenus dont la survenance ou l'étendue a été influencée 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 dommage déjà survenu. Si l'assureur a déjà rempli son obligation à prestations, il a droit au remboursement des prestations versées. Il n'existe aucun droit au remboursement des primes.

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 complétée et signée parvient à l'assureur, au plus tôt cependant à partir du début d'assurance indiqué sur la proposition.

5.1.2 Si la proposition d'assurance est établie avant la naissance de la personne assurée, la protection d'assurance provisoire débute dès que parvient à l'assureur la déclaration indiquant que l'enfant est né 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 la proposition, la personne à assurer

- n'envisage pas de séjour hors de Suisse, de la Principauté du Liechtenstein, de l'Europe occidentale ou de l'Amérique du Nord,
- n'est pas en examen, en traitement ou 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 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 maximum 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 maximum. Elle prend fin

- avec l'entrée en vigueur de la protection d'assurance définitive;
- aussitôt que le preneur d'assurance révoque la proposition ou refuse une modification proposée par l'assureur;
- aussitôt que 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 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,
 - avec l'atteinte de l'âge-terme.
- L'assurance prend fin avant terme
- avec la révocation de la proposition par le preneur d'assurance,
 - avec la résiliation par le preneur d'assurance,
 - avec la résiliation par l'assureur consécutive à une réticence,
 - si la personne assurée établit son domicile hors de Suisse et de la Principauté du Liechtenstein ou qu'elle séjourne hors de Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein durant plus de 12 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:

- lésions prénatales, infirmités congénitales et leurs séquelles;
- décès ou invalidité résultant des effets de radiations ionisantes et de dommages causés par l'énergie atomique;
- refus ou empêchement des examens, éclaircissements ou mesures de réinsertion professionnelle exigés par l'assureur;
- 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 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'infraction consciemment et volontairement ou lorsqu'elle tient pour possible la réalisation de l'infraction et l'accepte.

6.2 En cas de sinistre provoqué intentionnellement

Il n'existe aucun droit aux 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 sa mort ou à son invalidité dans un état d'incapacité de discernement.

6.3 En cas de négligence grave et 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 les conséquences de l'acte, par une imprévoyance coupable, ne sont pas envisagées ou prises en considération et qu'il n'est pas tenu compte des précautions les plus élémentaires devant paraître évidentes à toute personne raisonnable dans la même situation et dans les mêmes circonstances.

Si l'événement assuré survient à la suite d'une ou plusieurs entreprises téméraires, les prestations assurées seront réduites et, 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 celui-ci à des proportions raisonnables. Toutefois, 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 enfant

Pour une assurance sur la tête d'un 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 la protection d'assurance, le capital-décès est dû.

7.1.2 Lorsque le décès de la personne assurée intervient 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 intervient avant 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 intervient pendant la durée 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.
- Pour un degré d'invalidité de 25% à 70%, le droit au capital-invalidité est 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 des prestations trop élevées ont été touchées en raison du changement du degré d'invalidité, celles-ci doivent être restituées à l'assureur. Si le montant des primes payées est insuffisant, la différence doit être payée ultérieurement.

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:
 - la police d'assurance,
 - la demande de prestations dûment remplie,
 - un rapport des médecins traitants sur la cause, le déroulement et la durée de l'invalidité.

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

7.4.3 Les prétentions d'assurance se prescrivent deux ans après la survenance du fait qui fonde l'obligation à prestations.

7.5 Versement

Le versement de la prestation d'assurance est effectué en francs suisses (CHF) sur un compte désigné par le bénéficiaire 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 gagiste.

8. Clause bénéficiaire

8.1 Bénéficiaires

8.1.1 Sauf disposition contraire, les personnes suivantes sont considérées comme bénéficiaires dans l'ordre indiqué:

1. la personne assurée,
2. à son décès, le conjoint ou le partenaire enregistré 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 de la personne assurée à l'exception des collectivités publiques.

8.1.2 S'il n'existe aucun bénéficiaire, les frais funéraires sont pris en charge, jusqu'à hauteur de 10% du capital-décès assuré, mais à hauteur de CHF 2'500 au minimum.

8.1.3 Le preneur d'assurance peut à tout moment modifier l'ordre des bénéficiaires, exclure des ayants droit

ou désigner d'autres bénéficiaires jusqu'au versement de la prestation d'assurance au plus tard, pour autant qu'il n'ait pas procédé auparavant à une désignation irrévocable de bénéficiaires.

8.1.4 Il doit adresser une communication écrite à cet effet à l'assureur et désigner clairement le bénéficiaire par son nom. Des personnes morales peuvent également être désignées comme bénéficiaires.

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

8.2 Clause bénéficiaire en cas de faillite et de saisie

8.2.1 Si le preneur d'assurance a procédé à une désignation irrévocable de bénéficiaires, les prétentions d'assurance fondées sur la clause bénéficiaire ne sont pas soumises à l'exécution forcée en faveur des créanciers du preneur 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 d'assurance. Elle reprend effet si la saisie tombe ou si la faillite est révoquée.

8.2.2 Si le preneur d'assurance a conclu l'assurance sur sa propre tête, son conjoint, son partenaire enregistré ou ses descendants sont privilégiés, sous réserve d'éventuels droits de gage, dans la réalisation par voie de poursuite ou de faillite du preneur d'assurance comme suit.

- Si ces personnes sont désignées comme bénéficiaires, ni leurs prétentions d'assurance, ni celles du preneur d'assurance ne sont soumises à l'exécution forcée. Ces bénéficiaires se substituent au preneur d'assurance dans les droits et obligations découlant du contrat, à moins qu'ils ne récuse expressément cette substitution.

- Si d'autres bénéficiaires sont nommés, le conjoint, le partenaire enregistré ou les descendants du preneur d'assurance peuvent exiger, avec le consentement de celui-ci, que les prétentions du contrat d'assurance-vie leur soient transférées.

8.3 Cession et mise en gage

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

- un contrat de gage ou de cession écrit entre le preneur d'assurance et le créancier gagiste ou l'acquéreur du droit,
- la remise de la police d'assurance au créancier gagiste ou à l'acquéreur du droit,
- une notification écrite à l'assureur.

Le droit de gage prévaut sur la désignation de bénéficiaire, qui déploie à nouveau tous ses effets dès la

suppression de la mise en gage. En cas de cession, l'acquéreur de la prétention d'assurance en devient l'ayant droit.

9. Primes

9.1 Tarif

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 prochaine classe d'âge, la prime est augmentée 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 d'assurance au plus tard 8 semaines avant leur entrée en vigueur. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance par écrit. S'il fait usage de ce droit, l'assurance prend fin à l'expiration de l'année d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de l'année civile en cours. Si le preneur d'assurance omet de procéder à la résiliation, il est réputé 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 proportionnelle est due à la conclusion du contrat. Les années suivantes, la prime arrive à échéance au début de l'année civile. La prime annuelle peut également 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'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit de payer les primes en souffrance dans les 14 jours suivant l'envoi de la sommation. Cette dernière mentionnera les conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, la protection d'assurance prend fin à l'expiration du délai de sommation.

Si la prime est payée à l'assureur 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 ultérieurement et refuser la continuation de l'assurance ou 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 ultérieurement, intérêts et frais compris.

9.5 Remboursements de primes

L'assureur rembourse au payeur de primes enregistré 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 d'assurance, la personne assurée, le payeur de primes et les bénéficiaires.

10.2 Les données sont enregistrées sous forme électronique ou conservées sous forme 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 pour le traitement des assurances (par exemple des médecins, des experts 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 sociétés d'assurance ou leur être divulguées. Des données personnelles ne sont divulguées à d'autres tiers qu'avec l'accord du preneur d'assurance resp. 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 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 pour toute la durée de l'assurance. Si l'assureur adapte les Conditions générales d'assurance de l'assurance-vie de risque DIMA pendant la durée du contrat, il examinera sur demande du preneur d'assurance si et dans quelle mesure les nouvelles conditions d'assurance sont applicables.

13. Service militaire, guerre et troubles

13.1 Le service actif pour défendre la neutralité suisse ainsi que pour 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 si 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, que la personne assurée prenne part ou non à la guerre, qu'elle séjourne en Suisse ou à l'étranger.

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 viennent 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 Le jour du début et celui de la fin de la guerre, au sens des dispositions précédentes, sont fixés 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 six mois après 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 toutefois que le montant dû puisse dépasser celui de la prestation assurée en cas de décès. Si des rentes de survie sont assurées, les rentes correspondant à la réserve mathématique au jour du décès interviennent à la 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 avec effet sur cette assurance également. 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.


Digne de confiance

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch