

Édition 2024

Assurance de risque et d'épargne liée à des fonds INVIVA

Prévoyance libre (pilier 3b)

Informations à la clientèle concernant les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de risque et d'épargne liée à des fonds INVIVA

Le présent document vous renseigne, sous forme condensée, sur l'identité de l'entreprise d'assurance 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 risque et d'épargne liée à des fonds

INVIVA est une assurance-vie qualifiée au sens de l'art. 39a de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Par assurances-vie qualifiées, on entend, selon la définition légale, les assurances-vie dans lesquelles le preneur ou la preneuse d'assurance supporte un risque de perte dans le processus d'épargne.

INVIVA offre une protection contre les conséquences économiques d'un décès et relève en outre de la prévoyance libre (pilier 3b):

- La part d'épargne de vos primes est placée dans un fonds, au même titre que les bénéfices en résultant. Vous participez ainsi aux évolutions des marchés financiers.
- CONCORDIA propose plusieurs fonds au choix, qui ont chacun une stratégie de placement différente. Vous optez pour celui dans lequel la part d'épargne de vos primes doit être investie. Vous avez également la possibilité de changer de fonds et de placer ainsi votre avoir, déjà épargné comme futur, dans le nouveau fonds.
- En cas de décès de la personne assurée, le capital garanti selon la police est versé, à moins que la valeur des parts de fonds ne soit supérieure à celui-ci, auquel cas c'est cette dernière qui est octroyée.
- Si la personne assurée est en vie à l'échéance de la police, la valeur des parts de fonds est versée. Elle n'est pas garantie.
- CONCORDIA vous fait parvenir un extrait de compte annuel vous informant des mouvements de compte ainsi que de l'évolution et de la valeur des parts de fonds.

L'assurance de capital-décès est une assurance de sommes.

Prime et paiement

L'assurance est financée par des primes annuelles qui restent constantes pendant toute la durée contractuelle. C'est vous qui en déterminez le montant. La première prime est due au moment de la conclusion du contrat. Par la suite, elle doit être payée annuellement à l'avance, en début d'année d'assurance. Il est également possible d'opter pour des périodes de paiement plus courtes, moyennant une petite majoration. Si vous le souhaitez, vous pouvez procéder au versement d'une prime unique.

Bases tarifaires

Les bases tarifaires utilisées sont mentionnées dans l'offre, dans la proposition et dans la police. Le terme «EKT15» désigne la table de mortalité sur laquelle se base la tarification des assurances de capital en cas de décès dans le domaine des assurances-vie individuelles. «EKT» est l'abréviation de «EinzelKapitalTodesfall» (capital-décès individuel). L'ajout de la lettre «C» indique qu'il s'agit d'une table interne à CONCORDIA, établie à partir de données statistiques de l'Association Suisse d'Assurances (ASA) récoltées sur plusieurs années. «15» correspond à l'année de la dernière statistique annuelle de l'ASA utilisée.

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 les accidents qui surviendraient après l'établissement de la proposition. L'assurance débute le jour indiqué dans la police. Si le paiement de la première prime ne nous parvient qu'après la date de début d'assurance convenue dans la proposition signée, le début de l'assurance est reporté au premier jour du mois suivant.

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.

L'assurance prend en général fin à l'expiration du contrat ou au décès de la personne assurée.

- La durée contractuelle minimale est de dix ans. L'assurance prend toutefois fin au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 75 ans.
- Vous avez la possibilité de résilier INVIVA avant terme pour la fin de chaque mois. Si l'assurance présente une valeur de rachat, l'entreprise d'assurance rembourse cette valeur de rachat, qui correspond à la valeur des parts de fonds à ce moment-là, moins les frais

d'acquisition non amortis. La déduction des frais d'acquisition non amortis ne doit pas dépasser un tiers de l'avoir en fonds.

- Si vous êtes en retard dans le paiement de votre prime et que celle-ci reste impayée après sommation, CONCORDIA est en droit de transformer l'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 résulte d'un acte intentionnel ou qu'il survient 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.

Transformation

Vous avez la possibilité de transformer INVIVA en assurance liée à des fonds libérée du paiement des primes, avec une prestation réduite en conséquence. La valeur des parts de fonds à ce moment-là est alors utilisée comme prime unique. Le rachat de l'assurance transformée est possible. Si la valeur des parts de fonds diminue et qu'elle est épuisée par le financement des primes de risque et des frais, l'assurance transformée prend fin.

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 entreprises d'assurance, 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 entreprises d'assurance, 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.

Entreprise d'assurance

L'entreprise d'assurance 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 risque et d'épargne liée à des fonds INVIVA

Prévoyance libre (pilier 3b)

Conditions générales d'assurance (CGA)

	Art.		
1. Objet de l'assurance		8. Clause bénéficiaire	
Risque assuré	1.1	Bénéficiaires	8.1
Capital d'épargne et capital garanti en cas de décès	1.2	Clause bénéficiaire en cas de faillite et de saisie	8.2
Épargne liée à des fonds de placement	1.3	Cession et mise en gage	8.3
Attestation de valeur fiscale et relevé de compte	1.4	9. Primes	
2. Personnes intéressées au contrat		Tarif	9.1
Personnes intéressées	2.1	Obligation de payer	9.2
Communications	2.2	Conséquences de la demeure	9.3
Forme écrite, formes de communication assimilées à la forme écrite	2.3	Remboursements de primes	9.4
3. Bases contractuelles		10. Traitement des données	
4. Conclusion du contrat		11. For juridique	
Domicile et limites d'âge	4.1	12. Adaptation des conditions d'assurance	
Proposition d'assurance	4.2	13. Service militaire, guerre et troubles	
Révocation	4.3	1. Objet de l'assurance	
Obligation de déclarer et conséquences d'une réticence	4.4	1.1 Risque assuré	
Obligation de tenir informée l'entreprise d'assurance avant le début de l'assurance	4.5	L'assurance de risque et d'épargne liée à des fonds INVIVA offre, dans le cadre de la prévoyance libre (pilier 3b), une protection contre les conséquences économiques d'un décès.	
5. Début, durée, transformation et fin de l'assurance		L'assurance de capital-décès est une assurance de sommes.	
Protection d'assurance provisoire	5.1	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'entreprise d'assurance.	
Protection d'assurance définitive	5.2	1.2 Capital d'épargne et capital garanti en cas de décès	
Durée du contrat	5.3	INVIVA octroie les prestations suivantes conformément à la police:	
Résiliation, rachat	5.4	– si la personne assurée est en vie à l'échéance du contrat: un capital s'élevant à la valeur des parts de fonds à la date du versement (capital d'épargne);	
Transformation	5.5	– si la personne assurée décède avant l'échéance du contrat: le capital garanti en cas de décès conformément à la police ou la valeur des parts de fonds à la date du versement si celle-ci est plus élevée.	
Fin de l'assurance	5.6		
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. Prestations			
En cas de décès	7.1		
En cas de vie	7.2		
Justification des prétentions	7.3		
Versement des prestations	7.4		

Une augmentation ou une réduction du capital assuré pendant la durée du contrat n'est pas possible.

1.3 Épargne liée à des fonds de placement

1.3.1 L'entreprise d'assurance propose plusieurs fonds de placement (fonds) au choix. Le preneur ou la preneuse d'assurance opte pour le fonds dans lequel sa prime d'épargne doit être investie. L'entreprise d'assurance peut compléter ou limiter la liste des fonds disponibles en tout temps. Elle informe par écrit le preneur ou la preneuse d'assurance des alternatives possibles au fond dans lequel il ou elle a investi et indique dans quel fonds son avoir en fonds va être transféré si:

- un fonds est liquidé;
- un fonds n'est plus disponible ou n'est pas ouvert à de nouveaux capitaux;
- un fonds ne remplit plus les exigences de qualité requises.

Le transfert n'est assorti d'aucuns frais. Le preneur ou la preneuse d'assurance dispose de 30 jours à compter de la date à laquelle cette information lui a été communiquée pour faire savoir par écrit à l'entreprise d'assurance que sa prime d'épargne doit être investie dans l'un des autres fonds disponibles. Sans notification de la part du preneur ou de la preneuse d'assurance, le changement de fonds est considéré comme accepté.

1.3.2 Le preneur ou la preneuse d'assurance participe à l'évolution du cours des parts de fonds: il ou elle bénéficie d'éventuelles plus-values et assume le risque d'une baisse des cours.

1.3.3 L'entreprise d'assurance donne le mandat d'achat des parts de fonds dans les cinq jours ouvrés qui suivent la date d'échéance du paiement des primes ou, si le paiement a lieu ultérieurement, dans les cinq jours ouvrés qui suivent la date de réception du paiement.

L'entreprise d'assurance donne le mandat de vente des parts de fonds dans les cinq jours ouvrés à partir:

- de la réception d'une notification écrite dans le cas d'un décès;
- du moment de la résiliation en cas de rachat;
- de la date d'expiration figurant sur la police en cas de vie.

Les prix d'émission et de rachat au moment de l'achat ou de la vente des parts de fonds s'appliquent.

1.3.4 Pendant la durée de l'assurance, les éventuelles distributions et rétrocessions sont investies dans l'achat de parts supplémentaires du même fonds, en faveur du preneur ou de la preneuse d'assurance.

1.3.5 Si le preneur ou la preneuse d'assurance souhaite réinvestir son avoir accumulé dans un autre fonds disponible («switch»), il ou elle doit en informer l'entreprise d'assurance par écrit au plus tard le 20 du

mois précédent. Cette dernière donne le mandat d'achat et de vente des parts de fonds dans les cinq premiers jours ouvrés du mois suivant. Les frais et commissions bancaires usuels peuvent être imputés au preneur ou à la preneuse d'assurance.

1.3.6 En cas d'évolution défavorable des parts de fonds, il peut arriver, dans des cas extrêmes, que la part investie soit totalement épuisée par le financement périodique des primes de risque et des frais. Si les primes continuent d'être payées à échéance, la protection contre le risque de décès est maintenue.

1.3.7 En cas de versement d'une prime unique, la part de frais et de risque est déduite pour le premier mois et la part de prime restante est investie dans le fonds. Les autres primes de frais et de risque sont financées périodiquement par la vente de parts de fonds de la police. Si la valeur des parts de fonds devient inférieure à 5% de la somme d'assurance (différence entre le capital garanti en cas de décès et le capital d'épargne), l'entreprise d'assurance peut, de plein droit, transférer les parts de fonds de placement vers des parts de fonds du marché monétaire, avec notification parallèle au preneur ou à la preneuse d'assurance.

1.4 Attestation de valeur fiscale et relevé de compte

Au début de chaque année civile, le preneur ou la preneuse d'assurance reçoit:

- une attestation de la valeur fiscale de la police;
- un relevé de compte contenant des informations sur les mouvements de compte et sur l'évolution et la valeur des parts de fonds.

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'entreprise d'assurance;
- la **personne assurée**, qui est la personne dont la vie 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'**entreprise d'assurance** et la partenaire contractuelle du preneur ou de la preneuse d'assurance.

2.2 Communications

Pour être juridiquement valables, les communications à l'entreprise d'assurance doivent lui parvenir par écrit. L'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance 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 commence chaque année à la date de début de l'assurance et dure douze mois.

3.4 Les bases de calcul applicables à l'assurance (tables de mortalité, intérêt technique, etc.) figurent dans la proposition et dans la police.

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 66 ans, l'assurance ne peut plus être conclue.

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'entreprise d'assurance. 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

4.4.1 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'entreprise d'assurance tous les faits importants pour l'appréciation du risque qui leur sont connus ou qui devraient l'être.

4.4.2 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.

4.4.3 L'entreprise d'assurance peut se départir du contrat par écrit dans les quatre semaines à compter de la date à laquelle elle 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'entreprise d'assurance a déjà rempli son obligation à prestations, elle a droit à la restitution des prestations versées. Il n'existe en revanche aucun droit au remboursement des primes.

4.4.4 Si l'assurance résiliée a une valeur de rachat, celle-ci est versée à l'ayant droit.

4.5 Obligation de tenir informée l'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance et compléter ou rectifier leurs réponses. L'entreprise d'assurance est en droit de se départir du contrat en cas d'aggravation du risque ou de violation de l'obligation de tenir informée l'entreprise d'assurance.

5. Début, durée, transformation 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'entreprise d'assurance, au plus tôt cependant à partir de la date de début d'assurance indiquée dans la proposition.

5.1.2 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'exams 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.

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

5.1.4 Si un cas d'assurance survient durant la période de protection d'assurance provisoire, l'entreprise d'assurance 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.

5.1.5 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'entreprise d'assurance;
- si l'entreprise d'assurance ajourne ou refuse la proposition.

5.2 Protection d'assurance définitive

L'entreprise d'assurance décide de l'acceptation de la proposition d'assurance. Elle 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, à condition qu'à ladite date, l'entreprise d'assurance ait déjà encaissé et pu placer dans le fonds le premier paiement de la prime.

Si le premier paiement de la prime lui parvient ultérieurement, le début de l'assurance est reporté au premier jour du mois suivant.

5.3 Durée du contrat

L'assurance est conclue pour une durée minimale de dix années d'assurance complètes. Elle prend fin au plus tard l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge déterminant de 75 ans (âge-terme).

5.4 Résiliation, rachat

Le preneur ou la preneuse d'assurance peut résilier l'assurance avant terme pour la fin de chaque mois. La notification écrite doit parvenir à l'entreprise d'assurance au plus tard le 20 du mois à la fin duquel la résiliation doit prendre effet. La protection d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel le preneur ou la preneuse d'assurance a résilié l'assurance.

Si l'assurance présente une valeur de rachat, l'entreprise d'assurance rembourse cette valeur de rachat, qui correspond à la valeur des parts de fonds à ce moment-là, déduction faite des frais d'acquisition non amortis. La déduction des frais d'acquisition non amortis ne doit pas dépasser un tiers de l'avoir en fonds.

5.5 Transformation

- 5.5.1 Le preneur ou la preneuse d'assurance peut demander, pour la fin d'un mois, la transformation d'INVIVA en assurance libérée du paiement des primes avec prestation réduite en conséquence. La notification à cet effet doit parvenir par écrit à l'entreprise d'assurance au plus tard le 20 du mois.
- 5.5.2 Pour la transformation, la valeur actuelle des parts de fonds est utilisée comme prime unique pour une assurance liée à des fonds de placement libérée du paiement des primes avec prestation réduite.
- 5.5.3 Le rachat de l'assurance après transformation est possible.
- 5.5.4 Si la valeur des parts de fonds évolue défavorablement au point de ne pas suffire au financement périodique des primes de risque et de frais, l'assurance transformée s'éteint.

5.6 Fin de l'assurance

- 5.6.1 L'assurance prend fin:
- au décès de la personne assurée;
 - à l'échéance du contrat.
- 5.6.2 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 et de rachat par le preneur ou la preneuse d'assurance;
 - en cas de résiliation par l'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance n'ait auparavant accepté par écrit la poursuite de l'assurance;
 - dans le cas d'une assurance transformée, si la valeur des parts de fonds accumulées est totalement épuisée.
- 5.6.3 Le preneur ou la preneuse d'assurance a l'obligation de signaler immédiatement à l'entreprise d'assurance les événements suivants:
- l'établissement d'une résidence fiscale à l'étranger conformément aux Conditions particulières «Résidence fiscale à l'étranger»;
 - les sanctions, économiques ou autres, prononcées à son encontre par des gouvernements ou des organisations internationales, sanctions dont l'entreprise d'assurance doit tenir compte en vertu du droit suisse en vigueur.

Dans les deux cas, l'entreprise d'assurance peut résilier à tout moment le contrat avec effet immédiat; le preneur ou la preneuse d'assurance peut alors prétendre à la valeur de rachat.

- 5.6.4 À la fin du contrat, l'entreprise d'assurance vend les parts de fonds dans les cinq jours ouvrés au prix de rachat fixé par la société de placement. En cas de décès de la personne assurée, les parts de fonds sont vendues dans les cinq jours ouvrés suivant la réception de l'avis écrit de décès.

6. Restrictions de la protection d'assurance

6.1 Généralités

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

- décès résultant des effets de radiations ionisantes ou de dommages causés par l'énergie atomique;
- refus ou entrave aux examens ou clarifications exigés par l'entreprise d'assurance;
- 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

Si la personne assurée se donne la mort dans les trois ans à compter du début ou de la remise en vigueur de l'assurance, l'entreprise d'assurance ne verse que la valeur de rachat. Il en va de même si la personne assurée a commis le geste ayant conduit à son décès dans un état d'incapacité de discernement.

6.3 En cas de négligence grave ou d'entreprise téméraire

L'entreprise d'assurance renonce en principe au droit que lui confère la loi de réduire la prestation d'assurance lorsque l'événement assuré a été provoqué par une négligence grave.

Cependant, 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'entreprise d'assurance est autorisée 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.

Si le montant du capital-décès à verser se révèle inférieur au montant des primes payées assorties d'un intérêt de 5%, c'est ce deuxième montant qui est versé.

7. Prestations

7.1 En cas de décès

Si la personne assurée décède pendant la durée de validité de la protection d'assurance, l'entreprise d'assurance verse la valeur des parts de fonds, au minimum le capital garanti en cas de décès.

7.2 En cas de vie

Si la personne assurée est en vie à l'expiration du contrat, l'entreprise d'assurance verse la valeur des parts de fonds.

7.3 Justification des prétentions

7.3.1 L'entreprise d'assurance examine le droit aux prestations d'assurance dès qu'elle 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 de vie, à l'échéance du contrat et au rachat:
 - l'original de la police d'assurance.

7.3.2 L'entreprise d'assurance est en droit de demander que lui soient remis d'autres renseignements ou justificatifs ou de se les procurer elle-même. Les médecins de la personne assurée sont déliés du secret professionnel vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

7.3.3 Les documents et les justificatifs doivent être transmis en français, allemand, italien ou anglais. S'ils sont remis dans une autre langue, l'entreprise

d'assurance peut demander à la personne requérante de fournir une traduction assermentée effectuée en Suisse.

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

7.4 Versement des prestations

Le versement du capital en cas de décès, du capital en cas de vie ou de la valeur de rachat s'effectue en francs suisses (CHF) sur un compte désigné par la personne bénéficiaire dans une banque en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein ou à la Poste suisse.

En cas de mise en gage, l'entreprise d'assurance 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. le preneur ou la preneuse d'assurance;
2. à défaut, le ou la conjoint-e, ou le ou la partenaire enregistré-e, du preneur ou de la preneuse d'assurance;
3. à défaut, les enfants du preneur ou de la preneuse d'assurance;
4. à défaut, les parents du preneur ou de la preneuse d'assurance;
5. à défaut les autres héritiers et héritières du preneur ou de la preneuse d'assurance.

8.1.2 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.

8.1.3 Il ou elle doit adresser une communication écrite à cet effet à l'entreprise d'assurance 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.

8.1.4 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.
- 8.2.2 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.
- 8.2.3 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 refusent 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 contre versement de la valeur de rachat.

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'entreprise d'assurance (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 Tarif

L'assurance est financée avec des primes annuelles, qui restent constantes pendant toute la durée de l'assurance, ou avec une prime unique.

9.2 Obligation de payer

La période de prime correspond à l'année d'assurance. La prime doit être payée chaque année par avance et arrive à échéance au début de l'année d'assurance, la première fois à la conclusion du contrat. 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'entreprise d'assurance peut percevoir une majoration supplémentaire sur la prime.

9.3 Conséquences de la demeure

Si la prime n'a pas été payée à l'échéance, l'entreprise d'assurance 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, l'assurance reste liée à des fonds de placement et est transformée en assurance libérée du paiement des primes avec prestation réduite.

Si le paiement est effectué après l'expiration du délai de sommation, la protection d'assurance n'est pas automatiquement remise en vigueur. L'entreprise d'assurance 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.

9.4 Remboursements de primes

L'entreprise d'assurance rembourse au payeur ou à la payeuse de primes actuellement enregistré-e chez elle la part de risque des primes périodiques qui ont été payées pour la période suivant le décès de la personne assurée ou, en cas de rachat, après la fin de l'assurance.

10. Traitement des données

- 10.1** L'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance peut transférer une partie des risques à un réassureur. Pour ce faire, elle lui transmet les données personnelles nécessaires à la réassurance.
- 10.4** L'entreprise d'assurance peut faire appel à des spécialistes externes en vue du traitement de l'assurance (par exemple des médecins, des expert-es juridiques). Elle 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'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance adapte les CGA de l'assurance de risque et d'épargne liée à des fonds INVIVA pendant la durée contractuelle, le preneur ou la preneuse d'assurance a la possibilité de demander l'application des nouvelles conditions. L'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance 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'entreprise d'assurance, 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'entreprise d'assurance; 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'entreprise d'assurance 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