

Conditions particulières de l'assurance H-Capital

KHGA02-F6 – édition 01.02.2022

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 5	Prestations assurées
Art. 2	Conditions d'admission	Art. 6	Versement des prestations
Art. 3	Droit aux prestations	Art. 7	Prime
Art. 4	Capital annuel assuré		

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), dont la date d'édition est mentionnée sur la police d'assurance.

Art. 1 But de l'assurance

Cette assurance couvre les conséquences économiques de la maladie et de l'accident, à l'exclusion de la maternité.

Art. 2 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance «H-Capital», sans limite d'âge.
2. L'assurance entre en vigueur au début d'un mois, mais au plus tôt 3 mois après la naissance de l'assuré.

Art. 3 Droit aux prestations

1. Le capital en cas d'hospitalisation est octroyé dans le cas d'une hospitalisation stationnaire de type aigu d'une durée supérieure à 24 heures ou de moins de 24 heures au cours de laquelle un lit est occupé durant une nuit.
2. Le capital est versé dans le cas:
 - d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier suisse reconnu, en soins généraux ou psychiatriques, pour les malades de type aigu;
 - d'une hospitalisation à l'étranger;
 - d'une hospitalisation dans un établissement balnéaire ou de réadaptation reconnu par l'assureur au sens de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal).
3. Le capital assuré n'est alloué qu'une seule fois par année civile et par hospitalisation.
4. Lorsque le séjour hospitalier s'étend sur deux années civiles, la prestation est versée une seule fois et est imputée sur l'année de la date d'admission à l'hôpital sauf si une prestation d'assurance a déjà été payée durant cette période. Dans ce cas, le capital est imputé sur l'année de la date de fin du séjour hospitalier.
5. Les prestations ne sont pas versées dans les cas suivants:
 - la maternité;
 - les traitements ambulatoires;

- l'hospitalisation découlant de traitements non reconnus par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal);
- la semi-hospitalisation;
- les séjours relevant exclusivement de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) ou de la loi sur l'assurance militaire fédérale (LAM).

Art. 4 Capital annuel assuré

Les capitaux annuels suivants peuvent être assurés:
Fr. 300.-; Fr. 500.-; Fr. 600.-; Fr. 900.-; Fr. 1'000.-;
Fr. 1'200.-; Fr. 1'500.-; Fr. 2'000.-; Fr. 2'500.-;
Fr. 3'000.-; Fr. 3'500.-.

Art. 5 Prestations assurées

1. En cas d'hospitalisation stationnaire de type aigu conformément à l'article 3, l'assurance «H-Capital» octroie le capital assuré (art. 4); l'article 3, alinéa 3, demeure réservé.
2. Les prestations de l'assurance « H-Capital », relèvent de l'assurance de sommes.

Art. 6 Versement des prestations

1. Le versement des prestations de l'assurance est effectué sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier. L'assuré autorise le médecin-conseil de l'assureur à demander au médecin traitant le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations.
2. Le capital est versé à l'assuré.
En cas de décès, le capital échoit aux bénéficiaires dans l'ordre suivant: le conjoint, à défaut, les enfants, à défaut, les père et mère, à défaut, les autres personnes ayant droit à la succession.
L'assuré a la possibilité de modifier l'ordre des bénéficiaires par demande à son assureur maladie.

Art. 7 Prime

1. Les primes sont échelonnées en fonction du sexe et des classes d'âge.
2. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont:
 - 0 à 18 ans;
 - 19 à 25 ans;
 - dès la 26^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

Conditions particulières de l'assurance KidsProtect

KP

KPGA01-F4 – édition 01.02.2022

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 7	Droit aux prestations
Art. 2	Définitions	Art. 8	Bénéficiaire de la prestation d'assurance
Art. 3	Condition d'admission	Art. 9	Exclusions
Art. 4	Risque couvert	Art. 10	Fin du contrat d'assurance
Art. 5	Délai de carence	Art. 11	Devoirs en cas de sinistre
Art. 6	Étendue des prestations		

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), dont la date d'édition est mentionnée sur la police d'assurance.

Art. 1 But de l'assurance

L'assurance KidsProtect prévoit le versement d'une rente mensuelle lorsqu'un cancer au sens de l'article 2 des présentes conditions particulières est diagnostiqué chez l'assuré.

Art. 2 Définitions

1. Par cancer, est entendu une maladie manifestée par la présence d'une ou plusieurs tumeurs malignes par leur histologie et caractérisée par le développement et la propagation anarchiques de cellules malignes, ainsi que l'invasion des tissus.
Sont inclus dans cette définition la leucémie et les lymphomes.
2. Les cancers qui se déclarent par une tumeur bénigne et pour lesquels une intervention chirurgicale, une radiothérapie, une chimiothérapie ou une immunothérapie sont finalement entreprises sont également inclus dans la définition donnée au point 1 ci-dessus.
3. Par diagnostic, est entendue la première constatation du cancer par un médecin habilité à cette fin et reconnu au sens de la LAMal.
4. Par traitement, sont entendues les interventions chirurgicales ainsi que la radiothérapie, la chimiothérapie ou l'immunothérapie.
5. Les contrôles subséquents ayant pour but de déceler une récurrence ne sont pas considérés comme traitement.

Art. 3 Condition d'admission

L'assurance KidsProtect peut être conclue pour toute personne domiciliée en Suisse ne souffrant pas d'un cancer ou n'ayant pas souffert d'un cancer dans le passé et qui n'a pas encore atteint l'âge de 17 ans révolus.

Art. 4 Risque couvert

Les prestations du produit KidsProtect sont octroyées lorsqu'un cancer répondant aux conditions définies par les présentes conditions particulières d'assurance est diagnostiqué chez la personne assurée pendant la période de couverture.

Art. 5 Délai de carence

1. La couverture d'assurance débute 3 mois après la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance.
Il n'existe donc pas de couverture d'assurance pour les cancers survenus ou constatés médicalement (y compris dans le cadre d'un auto-test de dépistage) avant la conclusion du contrat et jusqu'à 3 mois après la date d'entrée en vigueur susmentionnée.
2. Un cancer survenu ou constaté médicalement avant la conclusion du contrat et jusqu'à la fin du délai de carence entraîne la nullité du contrat. Si des primes ont été payées, elles seront restituées au preneur d'assurance.

Art. 6 Étendue des prestations

1. La prestation assurée correspond au versement d'une rente mensuelle temporaire.
2. Au maximum, 15 rentes mensuelles sont versées.
3. Le montant de la rente mensuelle assurée est indiqué sur la police d'assurance.
4. Les prestations relèvent de l'assurance de sommes.

Art. 7 Droit aux prestations

1. Après le délai de carence, un droit à la rente existe pour autant que la couverture d'assurance soit en vigueur.
2. La rente est due dès qu'un cancer est diagnostiqué par un médecin habilité, pendant la période de couverture et tant qu'un traitement au sens de l'art. 2.4 des présentes

conditions particulières d'assurance est en cours ou qu'un traitement palliatif est nécessaire en raison de la gravité de la maladie selon les constatations du médecin-conseil de l'assureur.

3. L'octroi des prestations est subordonné à la réception mensuelle, par le médecin-conseil de l'assureur, d'une attestation médicale dûment complétée.
L'assureur met à disposition du preneur d'assurance ledit formulaire pour qu'il soit complété par le médecin habilité.
4. Si le début et/ou la fin du droit aux prestations a lieu en cours de mois, la prestation est due pour le mois entier.

Art. 8 Bénéficiaire de la prestation d'assurance

La rente est versée:

- a. au père et à la mère, à parts égales, exerçant l'autorité parentale sur l'enfant assuré, ou;
- b. au père ou à la mère exerçant seul l'autorité parentale sur l'enfant assuré;
- c. à défaut, la prestation est versée au preneur d'assurance.

Art. 9 Exclusions

En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), il n'y a pas de couverture d'assurance pour:

- a. les cancers survenus ou constatés médicalement avant la conclusion du contrat ainsi que dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance (délai de carence);
- b. les cancers dont la durée prévisible de traitement défini à l'article 2.4 n'excédera pas 3 mois selon les constatations du médecin-conseil ou de l'expert médical désigné par l'assureur; les cas de décès de l'assuré durant cette période de 3 mois demeurent réservés.

Les contrôles subséquents ayant pour but de déceler une récurrence ne sont pas considérés comme traitement;

- c. les cancers diagnostiqués chez l'assuré séropositif au VIH;
- d. les rétinoblastomes; demeurent exceptés les cas où l'ayant droit amène la preuve de l'absence de l'influence héréditaire dans ce cas de cancer;
- e. les aggravations de maladie résultant directement ou indirectement du fait que l'assuré ou son représentant légal a refusé de suivre ou de faire suivre le traitement médical prescrit.

Art. 10 Fin du contrat d'assurance

En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accident complémentaires (CGC), le contrat d'assurance ainsi que le droit aux prestations prennent fin:

- a. à la fin de l'année civile durant laquelle l'assuré achève sa 17^e année, sous réserve du droit aux prestations pour un cas de sinistre en cours;
- b. 60 mois après la date du diagnostic de cancer ou à l'épuisement du droit aux prestations. La première limite atteinte est déterminante;
- c. sur demande du preneur d'assurance dans le cas où l'assuré est séropositif au VIH, et cela dès la communication effectuée par le preneur d'assurance à l'assureur;
- d. avec la prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.
Le droit aux prestations pour un sinistre en cours demeure réservé.

Art. 11 Devoirs en cas de sinistre

En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), la constatation de tout cas de cancer (y compris les tumeurs pré-malignes ou cancers in situ) doit être communiquée dans les 30 jours à l'assureur.

Conditions particulières de l'assurance Acrobat

AB

ABGA02-F8 – édition 01.10.2021

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 10	Frais de guérison et frais divers
Art. 2	Événements assurés	Art. 11	Capital en cas d'invalidité
Art. 3	Lésions assimilées à un accident	Art. 12	Capital en cas de décès
Art. 4	Condition d'admission	Art. 13	Libération du paiement des primes
Art. 5	Fin du contrat d'assurance	Art. 14	Prestations de tiers
Art. 6	Adaptation automatique de l'assurance	Art. 15	Faute personnelle
Art. 7	Niveaux de prestations	Art. 16	Effet conjoint de causes indépendantes de l'accident
Art. 8	Genres de prestations	Art. 17	Prime
Art. 9	Droit aux prestations		

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), dont la date d'édition est mentionnée sur la police d'assurance.

Art. 1 But de l'assurance

Acrobat couvre les conséquences économiques subies par l'assuré suite à un accident.

Art. 2 Événements assurés

1. Sont assurés, les accidents de la vie privée et dans le cadre de l'école, à l'inclusion des accidents de jeu et de sport, ainsi que ceux qui surviennent lors de l'utilisation de véhicules à moteur avec les autorisations nécessaires.
2. Sont également assurés les accidents et les maladies professionnelles qui sont couverts par l'assurance accident obligatoire (LAA).

Art. 3 Lésions assimilées à un accident

1. En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), sont également considérées comme des accidents, les lésions du ménisque qui apparaissent et sont traitées pour la première fois au plus tôt deux ans après le début de l'assurance, de même que les séquelles de gelures, de coup de chaleur, l'insolation et les atteintes à la santé dues aux rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil; la noyade compte comme accident.
2. Les prestations sont également versées pour les lésions corporelles subies par l'assuré dans le cadre de mesures thérapeutiques et d'examen rendus indispensables par un accident assuré.

Art. 4 Condition d'admission

L'assurance Acrobat peut être conclue pour toute personne domiciliée en Suisse et qui n'a pas encore atteint l'âge de 18 ans révolus.

Art. 5 Fin du contrat d'assurance (âge terme de l'assuré)

En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accident complémentaires (CGC), le contrat d'assurance ainsi que le droit aux prestations prennent fin à la fin de l'année civile durant laquelle l'assuré achève sa 18^e année.

Art. 6 Adaptation automatique de l'assurance (dès 19 ans)

1. Lorsque le contrat d'assurance prend fin pour les raisons invoquées à l'article 5 ci-avant, l'assuré au bénéfice du niveau 1 ou 2 (cf. art. 7 ci-après) est automatiquement transféré dans l'assurance ProVista (ID), pour la variante couvrant les mêmes sommes d'assurances. L'assuré au bénéfice du niveau 1P (cf. art. 7 ci-après) est automatiquement transféré dans l'assurance ActiVita (AJ). Ces assurances prennent effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit la fin de l'assurance Acrobat.
2. L'assuré peut, dans un délai de 30 jours à réception de la nouvelle police d'assurance, refuser le transfert dans l'assurance ProVista (ID), respectivement ActiVita (AJ) en annonçant à l'assureur.

Art. 7 Niveaux de prestations

1. Le contrat d'assurance est conclu selon un des niveaux suivants:
 - Niveau 1 – Acrobat^{light}
 - Niveau 1P – Acrobat^{eco}
 - Niveau 2 – Acrobat^{standard}.
2. La mention du niveau sur la police d'assurance est déterminante pour le droit aux prestations.

Art. 8 Genres de prestations

1. Acrobat alloue les prestations suivantes, en fonction du niveau de couverture choisi (cf. art. 7.1):
 - a. des frais de guérison et frais divers (art. 10);
 - b. un capital en cas d'hospitalisation (art. 10);
 - c. un capital en cas d'invalidité (art. 11);
 - d. un capital en cas de décès (art. 12).
2. Les prestations assurées dans le cadre de chaque niveau sont résumées dans l'annexe B.
3. Les frais de guérison et frais divers relèvent de l'assurance de dommage. Les capitaux en cas d'hospitalisation, en cas d'invalidité ou en cas de décès, relèvent de l'assurance de somme.

Art. 9 Droit aux prestations

1. Les prestations contractuelles sont versées pour les accidents survenus après l'entrée en vigueur de l'assurance.
2. L'octroi des prestations est subordonné à la présentation d'un certificat médical, d'un certificat de décès ou d'un certificat d'hérédité. Seuls les documents originaux sont acceptés.

Art. 10 Frais de guérison et frais divers

1. Les frais de guérison sont assurés en complément aux prestations selon les assurances sociales suisses ou étrangères, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI.
2. L'assureur ne prend en charge que la différence entre les prestations dues selon les assurances sociales mentionnées au point précédent et celles prévues aux chiffres 3.1 à 3.12 ci-après. Sauf dispositions contraires, la tarification des soins reste identique à la LAA.
3. Les prestations suivantes sont allouées (cf. annexe B faisant partie intégrante des présentes conditions particulières):
 1. **Frais médicaux en Suisse (division commune)**

Les frais pour les traitements nécessaires, y compris les analyses et médicaments (à l'exclusion toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale LPPA), appliqués ou ordonnés par du personnel médical (médecin, dentiste, chiropraticien), de même que les frais pour le traitement, le séjour et la pension en division commune d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.
 2. **Frais médicaux en cas d'urgences à l'étranger**

Les frais pour le traitement médicalement nécessaire, ambulatoire et hospitalier, y compris les médicaments et analyses, lorsque l'accident survient à l'étranger.

3. Aide et soins à domicile

Suite à une hospitalisation et sur demande préalable à l'assureur, le montant prévu pour les frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel. Sur la base de ce même tarif, une contribution peut être allouée à l'un des parents qui suspend son activité professionnelle pour s'occuper de l'assuré.

4. Moyens auxiliaires et mobilier de malade

Les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques, ainsi que les frais de réparation ou de remplacement (valeur à neuf) de ceux-ci lorsqu'ils sont endommagés ou détruits lors d'un accident assuré entraînant une lésion corporelle et nécessitant un traitement médical. Les frais de location de mobilier de malade sont également couverts.

5. Frais de transport, de recherche et de sauvetage

Les frais de transports nécessités par l'accident jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires.

Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

Les frais de recherche et de sauvetage non planifiés servant à sauver la vie de l'assuré en situation de détresse prouvable ou à éviter que son état ne s'aggrave rapidement et de façon importante.

6. Chirurgie esthétique

Les frais pour les opérations de chirurgie esthétique rendues nécessaires suite à un accident assuré.

7. Prestations supplémentaires lorsque l'accident survient à l'étranger

– Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger et que pour des raisons médicales, il ne peut être transféré en Suisse, les frais de transport de proches parents jusqu'au lieu d'hospitalisation lorsque l'hospitalisation dure plus de trois jours.

– En cas de décès de l'assuré à l'étranger, les frais de transport de la dépouille mortelle à bord d'un avion de ligne régulière ou véhicule prévu à cet effet, jusqu'au lieu de domicile en Suisse.

8. Frais de rattrapage scolaire

Les frais certifiés de leçons de rattrapage données par une personne qualifiée et spécialement formée, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de deux mois.

9. Abonnement de sport

Si, à la suite d'un accident, l'assuré est empêché de pratiquer une activité sportive, l'assureur rembourse, au prorata temporis et sur présentation des justificatifs originaux et médicaux, les forfaits ou abonnements de sport souscrits avant l'accident et ne pouvant être utilisés.

L'indemnité pour ces frais est limitée au maximum à Fr. 500.– par cas d'accident.

En plus des prestations mentionnées aux points 3.1 à 3.9 ci-dessus, Acrobat niveau 1P alloue la prestation supplémentaire prévue au chiffre 3.10 ci-après.

10. Frais médicaux en Suisse (division privée)

L'ensemble des frais mentionnés au point 3.1, également en division privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.

En plus des prestations mentionnées aux points 3.1 à 3.10 ci-dessus, Acrobat niveau 2 alloue les prestations supplémentaires suivantes:

11. Assistance à l'étranger et rapatriement

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes conditions d'assurance.

12. Capital en cas d'hospitalisation

Un capital de Fr. 500.– par année civile est versé dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement hospitalier suisse reconnu ou à l'étranger.

Le versement du capital est effectué sur demande du preneur d'assurance et sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier.

Le médecin-conseil de l'assureur est autorisé à demander au médecin traitant le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations d'assurance.

Art. 11 Capital en cas d'invalidité

Ces prestations sont allouées pour les assurés au bénéfice de l'assurance Acrobat niveau 1 ou 2.

a. Capital

Le capital assuré en cas d'invalidité est de Fr. 200'000.–.

b. Droit

Si l'accident entraîne une invalidité permanente probable, le capital d'invalidité est versé. Celui-ci est déterminé par le degré d'invalidité et l'échelle fixée à la lettre c ci-après.

c. Degré d'invalidité

1. Le degré d'invalidité est fixé selon les règles suivantes:

- perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt 5%
- perte d'un pouce 20%
- perte d'une main 40%
- perte d'un bras au niveau du coude ou en dessus 50%
- perte d'un gros orteil 5%
- perte d'un pied 30%
- perte d'une jambe au niveau du genou 40%
- perte d'une jambe au-dessus du genou 50%
- perte du lobe d'une oreille 10%
- perte du nez 30%
- scalp 30%
- très grave défiguration 50%
- perte d'un rein 20%
- perte de la rate 10%
- perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction 40%
- perte de l'odorat ou du goût 15%
- perte de l'ouïe d'un côté 15%
- perte de la vue d'un côté 30%

- surdité totale 85%
- cécité totale 100%
- luxation récidivante de l'épaule 10%
- grave atteinte à la capacité de mastiquer 25%
- atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale 50%
- paraplégie 90%
- tétraplégie 100%
- atteinte très grave à la fonction pulmonaire 80%
- atteinte très grave à la fonction rénale 80%
- atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration 20%
-  pilepsie post-traumatique avec crises ou sous m dicamentation permanente sans crise 30%
- très grave trouble logo-organique, très grave syndrome moteur ou psycho-organique 80%

2. L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou d'un organe équivaut à sa perte complète.
3. En cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle partielle, le pourcentage est réduit proportionnellement.
4. Dans les cas non mentionnés ci-dessus, le degré d'invalidité est fixé selon le barème des indemnités pour atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) et des tabelles SUVA y relatives. Si le degré d'invalidité ne peut être fixé en application des règles qui précédent, il est alors établi en procédant, sur la base des constatations médicales, par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte.
5. Si plusieurs parties du corps ou plusieurs organes sont touchés suite au même accident, les divers pourcentages sont additionnés. Le degré d'invalidité ne peut toutefois pas excéder 100%.
6. Les troubles psychiques ou nerveux ne donnent droit à une indemnité que s'il est prouvé qu'ils sont la conséquence d'une atteinte organique du système nerveux caus e par l'accident.
7. Le degré d'invalidité est fixé au moment où l'état de l'assuré est présumé définitif mais au plus tard cinq ans après l'accident.

d. Progression

1. Si le degré d'invalidité ne dépasse pas 25%, la somme d'assurance est versée selon le pourcentage correspondant au degré d'invalidité.
2. Si le degré d'invalidité est supérieur à 25%, les prestations (en pourcent de la somme d'assurance convenue) sont augmentées selon la tablelle donnée dans l'annexe A.

Art. 12 Capital en cas de décès

Ces prestations sont allouées pour les assurés au bénéfice de l'assurance Acrobat niveau 1 ou 2.

1. Si l'accident entraîne la mort de l'assuré, un capital de Fr. 10'000.– est versé, exception faite pour les enfants dont l'âge se situe en dessous de 2 ans et 6 mois au

moment du décès, dans ce cas le capital est limité à Fr. 2'500.-.

2. Les ayants droit sont les suivants:
 - les père et mère, à parts égales, à défaut:
 - les frères et sœurs, à parts égales, à défaut:
 - les grands-parents, à parts égales.
3. En l'absence de survivants tels qu'énumérés ci-dessus, l'assureur ne paie que la part des frais d'ensevelissement non couverte par un autre assureur, ceci jusqu'à concurrence du montant du capital mentionné au point 1 ci-dessus.
4. D'éventuelles prestations en cas d'invalidité, déjà payées pour les suites du même accident, sont déduites des prestations en cas de décès.
5. Le survivant qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré est déchu de son droit à des prestations.

Art. 13 Libération du paiement des primes

1. L'assureur prend en charge le paiement intégral des primes périodiques d'Acrobat jusqu'au terme du contrat (cf. art. 5) si, suite à un accident survenu pendant la durée de l'assurance, l'un des parents décède ou devient invalide à un taux d'invalidité supérieur à 50%.

Annexe A

Degré d'invalidité	Indemnité en %	Degré d'invalidité	Indemnité en %	Degré d'invalidité	Indemnité en %
26	28	51	105	76	230
27	31	52	110	77	235
28	34	53	115	78	240
29	37	54	120	79	245
30	40	55	125	80	250
31	43	56	130	81	255
32	46	57	135	82	260
33	49	58	140	83	265
34	52	59	145	84	270
35	55	60	150	85	275
36	58	61	155	86	280
37	61	62	160	87	285
38	64	63	165	88	290
39	67	64	170	89	295
40	70	65	175	90	300
41	73	66	180	91	305
42	76	67	185	92	310
43	79	68	190	93	315
44	82	69	195	94	320
45	85	70	200	95	325
46	88	71	205	96	330
47	91	72	210	97	335
48	94	73	215	98	340
49	97	74	220	99	345
50	100	75	225	100	350

2. La prise en charge de la prime intervient le lendemain du jour de la survenance de l'invalidité ou du décès, et doit être demandée à l'assureur en annexant les documents officiels correspondants (décision de l'office AI, acte de décès et livret de famille).

Art. 14 Prestations de tiers

Les franchises, la participation aux coûts et les taxes éventuelles portées en compte selon les assurances sociales (LAMaI, LAA ou LAI) ne sont pas remboursées.

Art. 15 Faute personnelle

L'assureur renonce à réduire ses prestations pour les accidents dus à une imprudence ou à une négligence grave de l'assuré.

Art. 16 Effet conjoint de causes indépendantes de l'accident

Si les atteintes à la santé ne sont dues que partiellement à un accident assuré, les prestations sont fixées de manière proportionnelle sur la base d'une expertise médicale.

Art. 17 Prime

La prime est indiquée sur la police d'assurance.

Annexe B

Prestations	Acrobat ^{standard} (niveau 2)	Acrobat ^{light} (niveau 1)	Acrobat ^{eco} (niveau 1P)
Traitements ambulatoires Hospitalisation en Suisse et à l'étranger Médicaments limités et hors-listes	Les frais de traitements ambulatoires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste et hospitaliers en division privée sont assurés en complément aux prestations des assurances sociales, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI	Les frais de traitements ambulatoires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste et hospitaliers en division commune sont assurés en complément aux prestations des assurances sociales, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI	Les frais de traitements ambulatoires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste et hospitaliers en division privée sont assurés en complément aux prestations des assurances sociales, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI
Aide et soins à domicile	Au maximum Fr. 200.– par jour si prodigués par un service officiel d'assistance médicale ou par un parent qui suspend son activité professionnelle	Au maximum Fr. 200.– par jour si prodigués par un service officiel d'assistance médicale ou par un parent qui suspend son activité professionnelle	Au maximum Fr. 200.– par jour si prodigués par un service officiel d'assistance médicale ou par un parent qui suspend son activité professionnelle
Moyens auxiliaires et mobilier de malade	Frais de location et première acquisition de meubles pour malades Frais de location ou remplacement (valeur à neuf)	Frais de location et première acquisition de meubles pour malades Frais de location ou remplacement (valeur à neuf)	Frais de location et première acquisition de meubles pour malades Frais de location ou remplacement (valeur à neuf)
Frais de transport, de recherche et de sauvetage	Maximum Fr. 50'000.– par cas	Maximum Fr. 50'000.– par cas	Maximum Fr. 50'000.– par cas
Accident à l'étranger: prestations supplémentaires	Rapatriement de la dépouille mortelle maximum Fr. 10'000.– Frais de transport de proches parents en cas d'hospitalisation de plus de trois jours (au plus Fr. 250.– par jour et Fr. 2'000.– par événement)	Rapatriement de la dépouille mortelle maximum Fr. 10'000.– Frais de transport de proches parents en cas d'hospitalisation de plus de trois jours (au plus Fr. 250.– par jour et Fr. 2'000.– par événement)	Rapatriement de la dépouille mortelle maximum Fr. 10'000.– Frais de transport de proches parents en cas d'hospitalisation de plus de trois jours (au plus Fr. 250.– par jour et Fr. 2'000.– par événement)
Assistance et rapatriement sanitaire	Groupe Mutuel Assistance	Aucune prestation versée	Aucune prestation versée
Chirurgie esthétique	Maximum Fr. 20'000.–	Maximum Fr. 20'000.–	Maximum Fr. 20'000.–
Frais de rattrapage scolaire par une personne qualifiée	Maximum Fr. 3'000.–, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de 2 mois	Maximum Fr. 3'000.–, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de 2 mois	Maximum Fr. 3'000.–, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de 2 mois
Abonnement de sport	Maximum Fr. 500.– par cas	Maximum Fr. 500.– par cas	Maximum Fr. 500.– par cas
Capital en cas de décès	Fr. 10'000.–	Fr. 10'000.–	Aucune prestation versée
Capital en cas d'invalidité	Fr. 200'000.– (progression à 350%)	Fr. 200'000.– (progression à 350%)	Aucune prestation versée
Capital en cas d'hospitalisation	Fr. 500.– par année	Aucune prestation versée	Aucune prestation versée
Libération du paiement des primes	Prise en charge en cas d'invalidité ou de décès de l'un des parents, jusqu'à la fin du contrat ou lorsque l'assuré atteint 18 ans	Prise en charge en cas d'invalidité ou de décès de l'un des parents, jusqu'à la fin du contrat ou lorsque l'assuré atteint 18 ans	Prise en charge en cas d'invalidité ou de décès de l'un des parents, jusqu'à la fin du contrat ou lorsque l'assuré atteint 18 ans
Validité territoriale	Monde entier	Monde entier	Monde entier

Conditions générales d'assurance d'un capital en cas de décès ou d'invalidité «PrimaCapital»

IC

La forme masculine utilisée dans le texte suivant s'applique par analogie aux personnes d'un autre genre.

ICGM03-F6 – édition 01.06.2024

Table des matières

Art. 1	But et nature de l'assurance	Art. 13	Exclusions/Refus/Réduction
Art. 2	Définitions	Art. 14	Justification des droits
Art. 3	Bases du contrat d'assurance	Art. 15	Paiement des prestations
Art. 4	Assureur porteur du risque	Art. 16	Primes
Art. 5	Conditions d'admission	Art. 17	Modification du tarif des primes
Art. 6	Proposition d'assurance	Art. 18	Bénéficiaires
Art. 7	Réticence	Art. 19	Prescription
Art. 8	Période d'assurance	Art. 20	Devoirs d'information
Art. 9	Début, durée et fin du contrat	Art. 21	Communications
Art. 10	Etendue des couvertures	Art. 22	Dispositions diverses
Art. 11	Prestations en cas de décès	Art. 23	Protection des données
Art. 12	Prestations en cas d'invalidité ou en cas de besoin de soins	Art. 24	Service militaire et risque de guerre

Art. 1 But et nature de l'assurance

1. L'assurance «PrimaCapital» (ci-après IC) prévoit le versement d'un capital en cas d'invalidité ou décès consécutif à une maladie ou un accident, selon l'option choisie, et couvre les conséquences économiques de l'événement assuré selon les modalités présentées dans les articles suivants.
2. Cette couverture consistant en un capital en cas de décès ou d'invalidité relève de l'assurance de sommes. Elle est indépendante et distincte des autres assurances conclues dans la même police d'assurance.

Art. 2 Définitions

1. **Preneur d'assurance:** personne physique qui souscrit le contrat ou l'assurance et qui s'engage à payer les primes (avant la conclusion du contrat: le proposant)
2. **Personne assurée:** personne qui répond au questionnaire de santé et/ou sur la tête de laquelle l'assurance est conclue (avant la conclusion du contrat: la personne à assurer)
3. **Proposition d'assurance:** document au moyen duquel le proposant sollicite une ou plusieurs couvertures d'assurance et par lequel il (respectivement la personne à assurer) communique les renseignements nécessaires à l'examen du risque.
4. **Police d'assurance:** attestation ou certificat d'assurance qui récapitule l'ensemble des couvertures souscrites et qui définit les droits et obligations des deux parties.
5. **Invalidité présumée permanente et définitive:** il y a invalidité présumée permanente et définitive lorsqu'on est

en présence d'une atteinte à la santé largement stabilisée, fondamentalement irréversible et dont on peut fortement présumer qu'elle limitera de façon durable l'autonomie de la personne assurée ou sa capacité de gain, de telle manière que cette dernière doit être mise au bénéfice d'une rente de l'Assurance Invalidité fédérale (AI), toutes les éventuelles mesures de réadaptation ayant par définition échoué. Au sens des présentes conditions d'assurance, en-dessous de 18 ans la notion de « besoin de soins » se substitue au terme d'invalidité.

6. **Besoin de soins:** il y a besoin de soins lorsque la personne assurée, suite à une maladie, un accident, des lésions corporelles ou un déclin de ses forces, et de manière durable, présente un déficit d'autonomie à tel point qu'elle a besoin quotidiennement et de façon bien plus importante que la moyenne des personnes de sa tranche d'âge de l'assistance d'un tiers pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Le besoin de soins doit être avéré depuis au moins 12 mois, attesté par un médecin et reconnu par l'assureur.
7. **Maladie:** est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
8. **Accident:** est réputé accident toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les lésions corporelles assimilées à un accident selon la législation sur l'assurance-accidents (LAA) sont considérées comme des accidents.

9. **Infirmité congénitale:** est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

Art. 3 Bases du contrat d'assurance

1. L'assurance IC est régie par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908. Celle-ci s'applique de manière subsidiaire aux présentes conditions générales, lorsque rien d'autre n'est prévu.
2. La proposition d'assurance, la police d'assurance ainsi que les présentes conditions générales constituent les bases du contrat.

Art. 4 Assureur porteur du risque

L'assureur porteur du risque est le Groupe Mutuel Vie GMV SA (ci-après GMV ou l'assureur), société anonyme de droit suisse dont le siège social est à Martigny.

Art. 5 Conditions d'admission

1. Le preneur d'assurance ainsi que la personne assurée doivent avoir un domicile légal en Suisse lors de la conclusion de l'assurance IC.
2. Peuvent être admises toutes les personnes n'ayant pas déjà atteint l'âge de 55 ans au moment de la date d'effet de l'assurance, sous réserve des conditions d'acceptation (voir art. 6.5.) définies par l'assureur.

Art. 6 Proposition d'assurance

1. La souscription et la remise par le proposant d'une proposition d'assurance ne constitue pas une demande d'offre, mais une déclaration formelle à l'assureur de vouloir contracter une ou plusieurs couvertures d'assurances. Le proposant demeure lié envers l'assureur conformément aux dispositions de l'article 1 LCA, à savoir pendant 14 jours, respectivement quatre semaines si des renseignements médicaux complémentaires sont nécessaires.
2. Le proposant peut révoquer sa proposition de contrat d'assurance, respectivement l'acceptation de celle-ci, dans un délai de 14 jours à compter de la signature. L'assureur considère que la signature a été apposée à la date indiquée dans la proposition (qui ne peut être postérieure à la date de réception de la proposition en son siège ou auprès de l'une de ses agences officielles); en l'absence de celle-ci, à la date de réception de la proposition. Le délai est respecté si le proposant communique sa révocation à l'assureur ou remet son avis de révocation à la poste au plus tard le dernier jour du délai. La révocation doit se faire par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte. Elle a pour conséquence que la proposition ou l'acceptation par le proposant sont considérées comme non avenue. Les couvertures d'assurance prennent fin le jour où l'assureur a pris connaissance de la révocation. Les primes déjà versées sont remboursées sans intérêt.
3. Lorsque la proposition émane de l'assureur, par exemple en cas d'offre valant proposition de contrat envoyée par le biais d'un mailing, l'assurance IC est réputée conclue dès que le proposant l'accepte. Il peut révoquer le contrat au plus tard dans les 14 jours suivant son acceptation.
4. Lorsque la demande émane du proposant, une propo-

sition d'assurance est complétée à l'aide d'un formulaire mis à disposition par l'assureur. Le proposant doit répondre à toutes les questions figurant sur la proposition d'assurance ainsi que dans le questionnaire de santé de façon complète et conforme à la vérité. Il demeure responsable du fait que les réponses communiquées par une tierce personne ou par un intermédiaire soient conformes à ses indications. Les personnes à assurer doivent en outre autoriser les tiers à remettre à l'assureur tous les documents et renseignements dont il aurait besoin.

5. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance. Il n'a pas l'obligation de motiver sa décision.

Art. 7 Réticence

1. Si le preneur d'assurance a, lorsqu'il a répondu aux questions, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur est en droit de résilier le contrat, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance.
2. Dans ce cas, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus dans la mesure où le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement.

Art. 8 Période d'assurance

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

Art. 9 Début, durée et fin du contrat

1. L'assurance IC est conclue dès que l'assureur a remis la police au preneur d'assurance, respectivement dès que l'acceptation par ce dernier de la contre-proposition émise par GMV ou de l'offre consécutive à un mailing est parvenue à l'assureur.
2. Le contrat débute à la date d'entrée en vigueur indiquée dans la police d'assurance.
3. Au terme d'une période d'assurance, le contrat se renouvelle tacitement d'année en année.
4. Le preneur d'assurance peut résilier l'assurance IC au plus tôt pour le début de la deuxième période d'assurance, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte. A compter de la deuxième année d'assurance, il peut la résilier pour la fin du mois durant lequel sa demande parvient à l'assureur.
5. L'assureur peut résilier l'assurance en cas de non-paiement des primes à compter de 14 jours après l'envoi d'une sommation et que celle-ci est restée impayée. Dès l'écoulement de ce délai, la couverture IC est suspendue (aucun droit aux prestations n'est accordé pour les événements s'étant produits au cours de cette suspension); elle reprend automatiquement dès le moment où l'entier

des primes ayant fait l'objet d'une sommation ont été réceptionnées par l'assureur.

6. L'assurance IC est résiliée sur sinistre au plus tard lors du paiement de la prestation pour l'un des événements assurés (décès ou invalidité). L'assurance reste toutefois en vigueur encore 14 jours dès la notification de la résiliation du contrat.
Dans tous les cas, la prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat.
7. Le contrat d'assurance prend fin au plus tard à la fin du mois durant lequel la personne assurée fête son 65e anniversaire.
8. L'article 10.3 (« Etendue territoriale ») demeure réservé, dans la mesure où l'assurance IC cesse de déployer ses effets en cas de transfert du domicile légal de la personne assurée à l'étranger.

Art. 10 Etendue des couvertures

1. Selon l'option choisie, la présente assurance garantit:
 - a. Option IC-m/a: les risques de décès et d'invalidité permanente consécutifs à une maladie ou à un accident.
 - b. Option IC-m: les risques de décès et d'invalidité permanente consécutifs à une maladie uniquement.
2. **Prestation limitée au maximum du capital assuré**
L'assurance prévoit le paiement d'un seul capital, au maximum le capital assuré figurant dans la police, pour les événements assurés survenus durant la validité du contrat (100% en cas de décès ou proportionnel au degré AI en cas d'invalidité/resp. selon le niveau de besoin de soins).
En cas de survenance des deux événements assurés avant que l'assurance soit résiliée, le montant total versé ne peut dépasser le capital assuré figurant dans la police.
3. **Etendue territoriale**
 - a. La couverture IC est garantie dans le monde entier, pour autant que la personne assurée ait son domicile légal en Suisse. Des éventuelles restrictions ne sont valables que dans la mesure où elles figurent expressément dans la police d'assurance, dans ses avenants ou dans les conditions d'assurance.
 - b. La couverture en cas de décès est toutefois suspendue si la personne assurée séjourne dans un pays en guerre, en guérilla ou soumis à des émeutes; aucune prestation n'est accordée dans ce cas.
 - c. La couverture IC cesse le jour du départ à l'étranger.
 - d. Frontaliers: la personne assurée peut conserver son assurance IC et la couverture en cas de décès et d'invalidité est accordée aussi longtemps que celle-ci exerce une activité lucrative en Suisse.

Art. 11 Prestations en cas de décès

1. En cas de décès, l'assureur verse le capital convenu figurant dans la police, diminué d'un éventuel capital invalidité déjà versé par GMV
2. Si la personne assurée est un enfant et que son décès survient:
 - a. avant l'âge de deux ans et six mois: le capital est limité à Fr. 2'500.-. Ce capital est également versé en cas d'enfant mort-né (voir art. 9, al. 2 OEC, Ordonnance sur l'état civil).

b. entre deux ans et six mois et douze ans: le capital est limité à Fr. 20'000.-.

Si le total des primes versées pour l'enfant, majoré de 5%, est supérieur au capital maximum au décès conformément aux lettres a. et b., c'est le total des primes majoré de 5% qui est remboursé.

3. Si la personne assurée est au bénéfice d'une couverture en cas de maladie uniquement (IC-m) et que le décès ou l'invalidité trouvent partiellement leur origine dans une infirmité congénitale, un accident ou un événement qui peut être assimilé à un accident, l'assureur peut réduire la prestation en conséquence, ceci même en l'absence d'un lien de causalité adéquat. A cet effet, l'assureur n'est pas lié aux conclusions de l'Assurance Invalidité fédérale (AI) ou de l'assureur accident.
Si l'origine accidentelle est jugée prépondérante dans la survenance du risque assuré, l'entier de la prestation est refusé.

Art. 12 Prestations en cas d'invalidité ou en cas de besoin de soins

1. **En cas d'invalidité – personnes entre 18 et 65 ans selon l'âge tarifaire**
En cas d'invalidité présumée permanente et définitive, l'assureur verse le capital convenu figurant dans la police, dans la proportion du degré d'invalidité reconnu par l'Assurance Invalidité fédérale (AI), un degré de moins de 25% ne donnant droit à aucun versement, alors qu'un degré d'au moins 70% donne droit au versement de l'entier du capital assuré.
2. **En cas de besoin de soins – personnes entre 0 et 17 ans selon l'âge tarifaire**
Le capital octroyé est fonction du niveau de besoin de soins. Celui-ci est fixé par l'assureur en prenant en compte le nombre de gestes de la vie quotidienne qui ne peuvent pas être réalisés par la personne assurée.
3. **Par gestes de la vie quotidiens il faut comprendre (six critères):**
 - a. Se vêtir/se dévêtir
 - b. Se lever/s'asseoir/se coucher/se transférer
 - c. Manger (couper les aliments/porter les aliments à la bouche)
 - d. Soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher)
 - e. Aller aux toilettes (assurer sa propreté, se rhabiller, se sonder ou acte similaire - soins de stomie).
 - f. Se déplacer (dans l'appartement/à l'extérieur), entretenir des contacts sociauxCette énumération est exhaustive.
4. **Niveau de prestation:**
On attribue un point à chacun des critères entièrement remplis, définis à l'art. 12.3 (gestes quotidiens qui requièrent une aide complète, lettres a – f). Le capital est fixé en pourcentage, dépendant du niveau de besoin de soins atteint:

Niveau de besoin de soins:	Capital en pourcent:
1) Faible – dès 2 points	30%
2) Moyen – 3 à 4 points	65%
3) Grave – 5 à 6 points	100%

5. Un besoin de soins inférieur à 2 points ne donne droit à aucune prestation. Toutefois, pour autant que le besoin de soins de la personne assurée ne permette pas de prétendre au capital du niveau 1), et si la personne assurée est dépendante d'une chaise roulante ou a besoin de la présence constante de personnel soignant, elle a au moins droit au capital du niveau 1).

Art. 13 Exclusions/Refus/Réduction

1. Il n'y a pas de couverture du risque décès ou invalidité/besoin de soins lorsque la survenance de l'événement assuré est consécutif à une maladie ou à des séquelles d'accident dont le/les premier(s) symptôme(s) a/ont fait l'objet, avant la signature de la demande d'adhésion,
 - d'un contrôle, d'un suivi ou d'un traitement médical ou
 - d'un test médical ou de laboratoire
2. La prestation assurée en cas d'invalidité/besoin de soins n'est pas accordée pour les cas de infirmités congénitales ou d'affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ainsi que leurs suites.
3. Les prestations en cas ou d'invalidité/besoin de soins ne sont pas accordées tant que la personne assurée refuse ou rend impossible les examens ou les recherches considérés comme nécessaires par l'assureur.
4. L'assureur n'est pas lié si le sinistre a été causé intentionnellement par le preneur d'assurance ou l'ayant droit.
5. Si le preneur d'assurance ou l'ayant droit a causé le sinistre par une faute grave, l'assureur est autorisé à refuser ou réduire sa prestation
6. Le décès par suite de suicide n'est pas couvert pendant les trois premières années de l'assurance ou les trois années qui suivent une augmentation de couverture (pour la partie augmentée).
7. Exclusions pour des actes violents et le terrorisme
Le décès et l'invalidité ne sont pas couverts s'ils sont la conséquence, directe ou indirecte, de la participation à des troubles ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens, ou à des mesures prises pour les combattre, à moins que la personne assurée (respectivement la personne bénéficiaire) ne prouve qu'elle n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs, ni qu'elle les a fomentés.

Art. 14 Justification des droits

1. En cas de décès, l'ayant droit doit faire parvenir à ses frais à l'assureur l'acte de décès officiel de la personne assurée et un rapport médical du médecin traitant indiquant les circonstances et les causes du décès, par le biais d'un formulaire mis à disposition par l'assureur.
2. En cas d'invalidité, la personne assurée remettra à ses frais à l'assureur une copie de la décision AI ou un certificat médical comportant la date de l'accident ou du début de la maladie, sa nature, son évolution et ses conséquences. La personne assurée autorisera l'assureur à prendre connaissance du dossier de l'Assurance Invalidité fédérale (AI).
3. L'assureur se réserve le droit, si cela lui semble utile pour déterminer le droit aux prestations, de faire examiner la personne assurée par un médecin désigné par lui et de recueillir des renseignements complémentaires auprès de tiers.

Art. 15 Paiement des prestations

1. En cas de décès, le paiement du capital intervient dans les 30 jours qui suivent la remise de toutes les pièces justificatives.
2. En cas d'invalidité, le paiement du capital intervient après 6 mois consécutifs d'invalidité présumée permanente et définitive, au plus tôt toutefois 6 mois après la réception par l'assureur de la décision d'octroi d'une rente d'invalidité arrêtée par l'Assurance Invalidité fédérale (AI), et pour autant que la personne assurée soit encore en vie à ce moment-là.
3. En cas de besoin de soins, le paiement du capital intervient au plus tôt après une période de 12 mois pendant laquelle la personne a eu un besoin de soins ininterrompus et présumés permanents, attesté par un médecin.

Art. 16 Primes

1. Les primes sont indiquées sur la police d'assurance.
2. Elles sont échelonnées en fonction des tranches d'âge et dépendent du sexe et des capitaux assurés.
3. Les primes sont calculées sur une base annuelle et payables en Suisse, par avance.
4. Elles peuvent aussi être payées par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles.
5. La période de facturation des primes est au minimum d'un mois à l'exception du mois durant lequel l'affiliation débute ou prend fin.

Art. 17 Modification du tarif des primes

1. L'assureur peut adapter le tarif des primes en fonction de l'évolution des sinistres.
2. L'assureur doit informer le preneur d'assurance de la nouvelle prime au moins 30 jours avant l'expiration de la période d'assurance. Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance, avec effet à la fin de la période d'assurance en cours, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation. La résiliation doit être parvenue à l'assureur dans le délai de 30 jours, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.
3. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, les adaptations faites au niveau des primes seront considérées comme acceptées.

Art. 18 Bénéficiaires

1. En cas de décès, le capital échoit aux bénéficiaires suivants dans l'ordre: le conjoint ou le partenaire enregistré de la personne assurée, à défaut les enfants de la personne assurée, à défaut ses père et mère, à défaut les autres personnes ayant droit à la succession.
2. En dérogation à l'article 18.1 le preneur d'assurance peut désigner ou exclure des bénéficiaires au moment de la conclusion du contrat. Une telle dérogation peut être annulée ou modifiée en tout temps par le preneur d'assurance par le biais d'une communication à l'assureur.
3. Si le preneur d'assurance désigne d'autres bénéficiaires mais n'en fait pas la communication à l'assureur ou s'il opte pour une désignation testamentaire, le paiement des

sommes assurées à celui qui, sans cette désignation, y aurait eu droit, est libératoire pour l'assureur pour autant qu'il n'ait pas eu connaissance de la modification de bénéficiaire ou de la désignation du bénéficiaire par testament.

4. Dans le cas où tous les bénéficiaires désignés par le preneur d'assurance sont prédécédés, les dispositions prévues à l'article 18.1 s'appliquent.
5. En cas d'invalidité/besoin de soins, le capital échoit à la personne assurée.

Art. 19 Prescription

Les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par cinq ans dès la survenance du décès, la notification, à l'assuré, de la décision d'octroi d'une rente par l'Assurance Invalidité fédérale (AI) ou la reconnaissance par l'assureur d'une situation de besoin de soins.

Art. 20 Devoirs d'information

1. La personne à assurer autorise les médecins, hôpitaux et autres prestataires de soins à donner au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour l'appréciation du risque à assurer; elle les délègue à cette fin du secret professionnel.
2. Tout changement (nom, prénom, sexe, état civil, domicile, email, téléphone) doit être annoncé à l'assureur. En cas de violation de ses obligations, le preneur d'assurance assumera les conséquences (qui peuvent aller de la réduction de la prestation jusqu'au refus) et les frais qui en résultent.
3. Lorsque la personne assurée transfère son domicile légal ou sa résidence hors de Suisse, il doit en aviser l'assureur et lui remettre une attestation de départ établie par sa commune ou son canton. Sur cette base, l'assureur résilie l'assurance à la date de départ indiquée sur l'attestation.
4. Si la personne assurée omet de faire cette communication, l'assureur peut mettre fin, dès qu'il en a connaissance, au contrat avec effet à la fin du mois durant lequel le départ de Suisse a été annoncé à l'autorité communale ou cantonale compétente.
5. En cas de sanction par l'assureur à la suite d'un manquement au devoir d'information ou du non-respect d'une autre obligation prévue par les présentes conditions d'assurance, il incombe à l'ayant droit d'apporter la preuve que la violation des obligations n'a pas eu d'incidence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations dues par l'assureur.
6. Si le preneur d'assurance a manqué à son devoir d'information intentionnellement ou dans l'intention de se procurer un profit illicite, l'assureur n'est pas lié par le contrat.

Art. 21 Communications

1. Les communications du preneur d'assurance et de l'assureur peuvent être adressées valablement par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en apporter la preuve par un texte (courrier électronique ou moyens de communication mis à disposition par l'assureur), exception faite des réseaux sociaux.
2. Les communications du preneur d'assurance doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indi-

quées sur les documents officiels de l'assureur.

3. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse postale ou électronique indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou la personne assurée.
4. L'assureur peut aussi faire des communications d'ordre général aux assurés par le biais du journal à l'intention de ses assurés. La personne assurée qui ne souhaite plus recevoir ce journal peut en faire la demande à l'assureur, dans ce cas l'assureur est déchargé de toute responsabilité relative aux communications publiées.

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

Art. 22 Dispositions diverses

1. **Valeur de rachat / réduction**
Cette assurance n'est pas susceptible de rachat et n'offre aucune valeur de réduction.
2. **Participation aux excédents**
Aucune participation aux excédents n'est accordée pour l'assurance IC.
3. **Bases de calcul**
La prime est calculée selon les tables de mortalité EKM/EKF 2019 et d'invalidité EJM/EJF 2023 du Groupe Mutuel Vie GMV SA. La prime est calculée avec un taux d'intérêt technique de 0.00%.
4. **Compensation**
 - a. L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre la personne assurée, lorsqu'elle est preneuse d'assurance, en particulier lorsque des primes échues n'ont pas été acquittées.
 - b. Le preneur d'assurance et la personne assurée n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.
5. **For**
En cas de contestation, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire peut choisir soit les tribunaux de son domicile légal suisse, soit ceux du siège de l'assureur; les conventions internationales demeurent toutefois réservées.

Art. 23 Protection des données

Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Services SA traite les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, de la personne assurée, et le cas échéant de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après: personnes concernées) pour le compte de Groupe Mutuel Vie GMV SA, l'assureur. Le traitement des données est délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après: Groupe Mutuel), une société de Groupe Mutuel Holding SA. Ces deux sociétés sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD). Par données personnelles, on entend notamment les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance.

Par données sensibles on entend notamment les informations relatives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres. Sont principalement traitées les catégories de données personnelles et sensibles suivantes: les données déclaratives des personnes concernées, c'est-à-dire celles

que le Groupe Mutuel peut être amené à recueillir auprès des personnes concernées lors de la manifestation d'intérêt et/ou de la souscription à des produits et services qu'il fournit ou distribue; les données relatives aux prestations fournies ou de fonctionnement des produits et services ou de leur utilisation, notamment lors de l'utilisation des services en ligne; les données provenant de tiers, d'autres services ou d'informations publiques quand cela est autorisé.

Base juridique

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

Finalités

Les données personnelles et sensibles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect des obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économicité des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le détournement fiscal. A cet effet, ces données peuvent être communiquées, mutualisées et échangées entre le Groupe Mutuel et des tiers (voir ci-dessous). S'agissant des données utilisées à des fins statistiques, celles-ci sont anonymisées.

Sécurité

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

Transfert des données

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

cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux intermédiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en œuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

Profilage

Au cours de sa relation avec le Groupe Mutuel, il est possible que la personne concernée fasse l'objet d'un profilage marketing, afin que l'assureur lui propose des services et produits qui correspondent à ses attentes, son profil et ses besoins.

Durée de conservation

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

Droits d'accès et de rectification

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

Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante: dataprotection@groupemutuel.ch. De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Art. 24 Service militaire et risque de guerre

Le service actif pour défendre la neutralité suisse ainsi que pour maintenir la tranquillité et l'ordre à l'intérieur du pays – sans opération 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 conditions générales d'assurance.

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. La contribution unique de guerre sert à couvrir les pertes résultant directement ou indirectement de la guerre, en tant 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.

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 d'intérêt à bonifier sur cette prestation sont fixés par l'assureur, en accord avec l'autorité suisse de surveillance. 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.

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 meure, 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 en cas de décès. Si des rentes de survie sont assurées, à la place de la réserve mathématique, interviennent les rentes correspondant à la réserve mathématique au jour du décès, sans toutefois qu'elles puissent dépasser les rentes assurées.

L'assureur se réserve le droit de modifier les dispositions du présent article, en accord avec l'autorité de surveillance et d'appliquer ces modifications au présent contrat. Demeurent en outre expressément réservées les dispositions légales et administratives en relation avec une guerre, notamment celles qui concernent le rachat de l'assurance.