groupemutuel

Conditions particulières de l'assurance H-Capital

KH

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 26e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

groupemutuel

Conditions particulières de l'assurance Sekunda

AM

AMGA01-F7 – édition 01.10.2021

Table des matières

Art. 1	Définitions	**Art. 5**	Prestations assurées
Art. 2	But de l'assurance	**Art. 6**	Etendue de la couverture
Art. 3	Conditions d'admission	**Art. 7**	Fixation des primes
Art. 4	Fin de la couverture et du droit aux prestations	**Art. 8**	Devoirs de la personne assurée

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 Définitions

1. Incapacité de travail ménager (ITM)
   Est réputée incapacité de travail ménager (ci-après ITM) toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir les activités ménagères qui peuvent raisonnablement être exigées de la personne, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale.
2. Travail ménager
   Par travail ménager, on entend les activités effectuées à domicile pour la bonne tenue du ménage, comme par exemple: préparation des repas, faire les achats, entretien du logement, prendre soin des enfants ou d'autres membres de la famille, voire tenir la comptabilité familiale.

Art. 2 But de l'assurance

1. L'assurance Sekunda octroie une allocation en cas d'ITM due à un accident.
2. La maladie et la maternité sont exclues de la garantie d'assurance.

Art. 3 Conditions d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse, âgée de 18 ans révolus mais n'ayant pas atteint l'âge de 55 ans révolus peut adhérer à l'assurance complémentaire Sekunda.

Art. 4 Fin de la couverture et du droit aux prestations

En sus des modalités de résiliation mentionnées dans les conditions générales d'assurance (CGC), l'assurance Sekunda ainsi que le droit aux prestations prennent fin:

– à la fin du mois durant lequel la personne assurée fête son 65e anniversaire,
– à l'épuisement de la durée des prestations.
– lors de la résiliation du contrat. Le droit aux prestations pour un sinistre en cours demeure réservé.

Art. 5 Prestations assurées

Les prestations contractuelles sont versées pour les accidents survenus après l'entrée en vigueur de l'assurance.
La couverture d'assurance Sekunda relève de l'assurance de somme.

1. Montant assuré
   L'assureur verse l'allocation journalière en cas d'ITM correspondant au montant mentionné sur la police d'assurance.
2. Droit aux prestations
   a. L'allocation journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente choisi.
   b. L'allocation journalière due est versée mensuellement, pour chaque jour d'ITM (dimanche et jours fériés y compris).
3. Degré de l'incapacité de travail
   a. L'allocation journalière est versée en fonction de l'ITM attestée médicalement.
   b. En cas d'ITM partielle, l'allocation journalière est versée proportionnellement au degré de l'ITM. Elle est toutefois accordée en entier si le taux de l'ITM est égal ou supérieur à 70%. Un taux d'ITM inférieur à 25% ne donne pas droit aux prestations.
4. Délai d'attente
   a. Le délai d'attente est mentionné sur la police d'assurance.
   b. Le délai d'attente s'applique à chaque ITM, sauf s'il s'agit d'un cas de rechute survenant dans une période de 5 ans après l'accident assuré, sous réserve de l'application du délai d'attente restant.
   c. Les jours d'ITM partielle comptent comme jours entiers pour le calcul du délai d'attente.

5. Durée du droit aux prestations
   a. L'allocation est versée au maximum pendant 365 jours pour une ou plusieurs ITM.
   b. Les jours d'ITM partielle comptent comme jours entiers.
6. Justification du droit aux prestations
   a. Le droit à l'allocation est déterminé sur la base de la déclaration d'accident remplie par la personne assurée ainsi que du formulaire de certificat médical remis par l'assureur et dûment complété par le médecin.
   b. Lors de la réception d'un certificat médical intermédiaire, l'assureur versera l'allocation assurée jusqu'à la date de l'établissement du certificat ou au plus jusqu'à la fin du mois en cours.
   c. Si la première consultation a lieu plus de 3 jours après le début de l'ITM, l'assureur se réserve le droit de considérer le jour de ladite consultation comme étant le premier jour d'ITM.

Art. 6 Etendue de la couverture

1. Si les atteintes à la santé ne sont dues que partiellement à un accident, les prestations sont fixées de manière proportionnelle sur la base du dossier médical ou d'une expertise.
2. Les rechutes et séquelles d'accidents survenus avant la conclusion du contrat ne sont pas assurées.
3. Il n'y a pas de couverture d'assurance pour les accidents et leurs suites après extinction du contrat.

Art. 7 Fixation des primes

1. Les primes sont indiquées sur la police d'assurance.
2. Les primes sont échelonnées en fonction du sexe, des tranches d'âges et de l'allocation assurée.

Art. 8 Devoirs de la personne assurée

1. En cas d'ITM totale ou partielle, la personne assurée doit en informer l'assureur dans un délai de 15 jours à compter du début de celle-ci.
2. Toute modification du taux d'ITM doit immédiatement être portée à la connaissance de l'assureur.
3. La personne assurée doit, dès le début de l'ITM, consulter un médecin possédant une autorisation de pratiquer et suivre ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger son incapacité.
4. L'assureur peut mandater un case manager afin d'évaluer l'ITM. Dans ce contexte, la personne assurée a l'obligation de collaborer et de renseigner.

groupemutuel

Conditions particulières de l'assurance ProVista

ID

IDGA02-F9 – édition 01.10.2021

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	**Art. 8**	Libération des primes en cas d'invalidité ou de décès du chef de famille
Art. 2	Lésions assimilées à un accident	**Art. 9**	Effet conjoint de causes indépendantes de l'accident
Art. 3	Conditions d'admission	**Art. 10**	Faute personnelle
Art. 4	Genres de prestations	**Art. 11**	Réduction des sommes d'assurance
Art. 5	Droit aux prestations	**Art. 12**	Fixation des primes
Art. 6	Prestations en cas d'invalidité		
Art. 7	Prestations en cas de décès		

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

ProVista couvre les conséquences économiques de l'invalidité ou du décès par suite d'accident. Les maladies professionnelles au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ne sont pas couvertes.

Art. 2 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'examens rendus indispensables par un accident assuré.

Art. 3 Conditions d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut s'affilier à cette assurance jusqu'à l'âge de 65 ans.

Art. 4 Genres de prestations

1. L'assureur alloue les prestations suivantes:
   a. un capital en cas d'invalidité (art. 6)
   b. un capital en cas de décès (art. 7)
2. Les prestations de l'assurance ProVista relèvent de l'assurance de somme.

Art. 5 Droit aux prestations

1. Les prestations assurées sont indiquées sur la police d'assurance.
2. Les prestations contractuelles sont versées pour les accidents survenus après l'entrée en vigueur de l'assurance.
3. 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. 6 Prestations en cas d'invalidité (catégorie I)

a. Droit

Si l'accident entraîne une invalidité permanente probable, le capital d'invalidité est versé. Celui-ci est déterminé par le degré d'invalidité, la somme d'assurance convenue et l'échelle fixée à l'annexe A.

b. Degré d'invalidité

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

1. Degrés fixes

   En cas de perte totale ou de privation totale de l'usage

– des deux bras ou des deux mains, des deux jambes et des deux pieds, d'un bras ou d'une main et, simultanément d'une jambe ou d'un pied	100%
– de tout le bras	70%
– d'un avant-bras ou d'une main	60%
– d'un pouce	22%
– d'un index	15%
– d'un autre doigt	8%
– d'une jambe au-dessus du genou	60%
– d'une jambe au genou et au-dessous	50%
– d'un pied	40%

Société de Groupe Mutuel Holding SA: Groupe Mutuel Assurances GMA SA
Coordonnées administratives: Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 111 – groupemutuel.ch

– de la vision des deux yeux	100%
– de la vision d'un œil	30%–
de la vision d'un œil, si celle de l'autre était déjà complètement perdue avant l'accident	70%
– de l'audition des deux oreilles	60%
– de l'audition d'une oreille	15%
– de l'audition d'une oreille, si celle de l'autre était déjà complètement perdue avant l'accident	45%
– d'un rein	20%
– de la rate	5%
– de l'odorat	3%
– du goût	3%
– en cas d'empêchement de tout travail à la suite de troubles mentaux	100%

2. En cas de perte ou de privation partielle de l'usage de ces membres ou organes, le degré d'invalidité est réduit en proportion.
3. Lorsque plusieurs membres ou organes sont atteints simultanément, le degré d'invalidité s'obtient par l'addition de leurs pourcentages sans que le total puisse excéder 100% par accident.
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 précèdent, 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 l'invalidité permanente résultant d'un accident est aggravée par des défauts corporels préexistants, l'indemnité ne pourra pas être supérieure à celle qui aurait été allouée si la personne avait été saine de corps.
   Si le membre ou l'organe atteint par l'accident était déjà partiellement ou totalement mutilé ou privé de son usage, le degré d'invalidité préexistant, calculé selon les principes énoncés ci-dessus, est déduit lors de la fixation de l'indemnité. Les dispositions du chiffre 1 ci-avant concernant la perte de la vision et de l'audition demeurent réservées.
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 causée par l'accident.
7. Si l'accident a provoqué un préjudice esthétique grave et permanent qui ne donne pas droit à un capital invalidité selon la lettre a ci-dessus mais constitue néanmoins un préjudice psychique susceptible de porter une atteinte à l'avenir économique ou à la situation sociale de l'assuré, l'assureur paie une indemnité égale à:
   – 10% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque cette mutilation affecte le visage;
   – 5% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque cette mutilation affecte d'autres parties du corps.

   L'indemnité due pour de tels dommages est limitée à Fr. 20'000.– par cas.
8. Le degré d'invalidité est fixé au moment où l'état de l'assuré est présumé définitif mais au plus tard 5 ans après l'accident

c. Progression

Si le degré d'invalidité ne dépasse pas 25%, la somme d'assurance est versée selon le pourcentage correspondant au degré d'invalidité.

Si le degré d'invalidité est supérieur à 25%, les prestations sont augmentées selon la tabelle donnée dans l'annexe A.

Art. 7 Prestations en cas de décès (catégorie D)

1. Si l'accident entraîne la mort de l'assuré, le capital décès convenu est versé. Les ayants droit sont les suivants:
   a. le conjoint survivant, à défaut;
   b. les enfants, à parts égales, à défaut;
   c. les héritiers ayants droit, à l'exclusion de la communauté publique.
2. En dérogation à l'article 7, al.1, le preneur d'assurance peut en tout temps, désigner ou exclure des bénéficiaires par le biais d'une communication adressée à l'assureur conformément à l'article 37 des conditions générales d'assurance. Dans le cas où le(s) bénéficiaire(s) mentionné(s) est (sont) prédécédé(s), les dispositions prévues à l'article 7, al. 1, s'appliquent
3. Dans l'hypothèse ou le mariage, respectivement le partenariat enregistré a été contracté après l'accident, l'existence du droit est subordonné à la condition que la promesse de mariage ou de partenariat ait été publiée avant l'accident ou que le mariage ou le partenariat ait duré au moins deux ans lors du décès de l'assuré.
4. Si les ayants droit font défaut, les frais d'enterrement sont pris en charge, toutefois au maximum jusqu'à 10% de la somme assurée en cas de décès.
5. Pour les enfants, le capital versé correspond à celui indiqué sur la police d'assurance, mais au maximum:
   a. Fr. 2'500.– avant l'âge de 2 ans et 6 mois;
   b. Fr. 20'000.– entre l'âge de 2 ans et 6 mois et 12 ans.
6. Le survivant qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré est déchu de son droit à des prestations.

Art. 8 Libération des primes en cas d'invalidité ou de décès du chef de famille

1. Pour les enfants assurés, l'assureur prend en charge jusqu'à l'âge de 15 ans révolus le paiement intégral des primes périodiques si le chef de famille est devenu invalide, à un taux d'invalidité supérieur à 50%, ou est décédé.
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 en annexant les documents officiels correspondants (décision de l'office AI, acte de décès et livret de famille).

Art. 9 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. 10 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. 11 Réduction des sommes d'assurance

1. Lorsque l'assuré atteint l'âge de 70 ans révolus, les sommes assurées sont limitées comme suit:
   – en cas de décès à Fr. 10'000.–;
   – en cas d'invalidité à Fr. 30'000.–.
2. Les sommes d'assurance sont automatiquement réduites au 1er janvier lorsque les limites d'âge citées précédemment ont été atteintes.

Art. 12 Fixation des primes

1. Les primes sont indiquées sur la police d'assurance.
2. Les primes sont échelonnées en fonction du sexe, des tranches d'âge et des capitaux assurés.

Annexe A

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

groupemutuel

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 proposition 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 évènements 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 sociaux
   Cette 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 conséquences, 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 délie 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 indiquées 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 dégagé 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.