

Assurance de capital risque MDI

Conditions générales d'assurance (CGA)

Édition 2023

SWICA

Table des matières

Informations clientèles sur l'assurance de capital risque MDI	3
Assurance-vie de risque sans constitution d'épargne...	3
Exonération des primes.....	3
Libre choix de la somme d'assurance	3
MDI pour les enfants	3
Prime et paiement.....	3
Début et fin de l'assurance	4
Limitation des prestations	4
Assureur	4
Suivi.....	4
Protection des données	4

Assurance de capital risque MDI	
Prévoyance libre (pilier 3b)	
Conditions générales d'assurance (CGA)	6
I. Objet de l'assurance.....	6
II. Cercle des personnes concernées par le contrat	7
III. Bases contractuelles	8
IV. Conclusion du contrat	8
V. Début, durée et fin de l'assurance	9
VI. Limitations de la protection d'assurance.....	9
VII. Versement des prestations	10
VIII. Clause bénéficiaire	12
IX. Primes.....	13
X. Traitement des données	13
XI. For	14
XII. Modification des conditions d'assurance.....	14
XIII. Service militaire, guerre et troubles.....	14

Informations clientèle sur l'assurance de capital risque MDI

Les informations ci-dessous permettent de se forger rapidement et sans difficulté une image de ce qu'est l'assurance de capital risque MDI. Vous trouverez dans ce même document les Conditions générales d'assurance qui la régissent (CGA).

Assurance-vie de risque sans constitution d'épargne

L'assurance MDI garantit une protection contre les conséquences économiques d'un décès et/ou d'une invalidité imputables à une maladie.

- En cas de décès, le capital-décès assuré est versé.
- En cas d'invalidité permanente, le capital-invalidité assuré est alloué. À partir de 40% d'invalidité, le montant est touché en proportion. Dans le cas d'une invalidité d'au moins 70%, la personne assurée perçoit l'intégralité du capital assuré.
- Comme les primes de cette assurance ne contiennent aucune part d'épargne, celle-ci est dépourvue de toute valeur de rachat.

Le capital d'invalidité et de capital en cas de décès sont des assurances de somme.

Exonération des primes

Lorsque la personne assurée se trouve durablement dans l'incapacité de gagner sa vie, l'assureur renonce à la perception des primes.

- Si la personne assurée perd sa capacité de gain en raison d'une maladie ou d'un accident, l'obligation de payer les primes tombera après un délai d'attente de 180 jours, cela sans modification de la protection d'assurance.
- En cas d'incapacité de gain de 40% et plus, la prime sera réduite en proportion. Dès 70% d'incapacité de gain, l'exonération portera sur l'intégralité de la prime.

En cas d'exonération du paiement des primes, il s'agit d'une assurance de somme.

Libre choix de la somme d'assurance

Le capital assuré en cas de décès et d'invalidité peut être fixé librement, toutefois par tranche de 10000 francs. Le montant minimum pour les cas de décès et d'invalidité est de 10000 francs.

MDI pour les enfants

Pour les enfants jusqu'à 12 ans, la somme d'assurance maximum est de 20000 francs en cas de décès. Si l'enfant meurt avant d'avoir atteint l'âge de 2 ans et demi, un capital maximum de 2500 francs est versé. De la 12^e à la 15^e année, l'assureur alloue un capital-décès de 200000 francs au maximum. Dès l'âge de 15 ans, les sommes d'assurance pour les adultes sont applicables.

Prime et paiement

La prime totale due se compose des primes pour les cas de décès, d'invalidité et d'incapacité de gain. Elle varie en fonction du capital assuré et de l'âge de la personne assurée. Le risque augmente à mesure de l'avance en âge de cette dernière, raison pour laquelle les primes sont adaptées en conséquence. À partir de 56 ans, le capital-invalidité diminue linéairement jusqu'à l'atteinte de l'âge-terme, cette réduction ayant pour contrepartie l'absence d'adaptation de la prime en fonction de l'augmentation du risque. Le capital-décès demeure, quant à lui, constant, mais l'assureur adaptera le tarif des primes pendant la période contractuelle.

Début et fin de l'assurance

La proposition d'assurance doit être remplie de façon complète et conforme à la vérité. En cas de réponse erronée à une question ou de faits passés sous silence, l'assureur pourra dénoncer le contrat d'assurance et refuser de verser la prestation. Tout changement intervenu concernant les faits indiqués dans la proposition d'assurance doit être signalé jusqu'au jour de la conclusion de l'assurance. Cela vaut en particulier pour les maladies et/ou accidents survenant après l'établissement de la proposition d'assurance. La personne preneuse d'assurance peut révoquer sa proposition en vue de la conclusion du contrat ou la déclaration d'admission par écrit. Le délai de révocation est de 14 jours et commence dès que la personne preneuse d'assurance a demandé ou accepté le contrat. L'assurance s'éteint en principe le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la personne assurée a atteint l'âge de 60 ans révolus ou au jour de son décès. Après une durée contractuelle minimale d'un an, la MDI est susceptible d'être résiliée avant terme pour la fin de l'année civile en cours. Dans l'hypothèse d'un retard dans le paiement de la prime et d'un non-règlement de celle-ci après sommation, l'assureur est en droit de se départir du contrat d'assurance. L'assurance prend fin également lorsque la personne assurée élit domicile à l'étranger et que l'assureur ne confirme pas par écrit le maintien du contrat d'assurance. Les CGA et la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) prévoient également d'autres possibilités de mettre un terme à l'assurance.

Limitation des prestations

Si le décès et l'invalidité résultent d'un acte intentionnel ou d'une négligence grave, ou s'ils sont la conséquence d'une entreprise téméraire, l'assureur sera autorisé à réduire, voire supprimer les prestations d'assurance. D'autres cas d'exclusion ou de limitation de la protection d'assurance sont prévus par les CGA (voir ci-après) et la LCA.

Assureur

Votre assureur est CONCORDIA Assurances SA, une société anonyme du groupe CONCORDIA dont le siège est à Lucerne (Bundesplatz 15, 6002 Lucerne).

Suivi

SWICA Assurances SA (SWICA) représente l'assurance de capital risque MDI de CONCORDIA, assure le suivi de la clientèle sur mandat de cette dernière, établit les polices d'assurance et procède à l'encaissement des primes et aux sommations. Cette collaboration est régie par un contrat conclu avec CONCORDIA.

Pour plus de précisions sur les droits et obligations des parties contractantes, notamment sur la protection d'assurance, les exclusions de couverture, la somme d'assurance, les primes et la protection des données, vous pouvez consulter la proposition d'assurance, la police, les CGA et la LCA.

Protection des données

Les sociétés responsables susmentionnées traitent les données notamment aux fins suivantes:

- Conclusion et déroulement du contrat d'assurance (y c. établissement de l'offre):
Le traitement des données a pour objectif l'établissement de l'offre, resp. la conclusion et le traitement du contrat d'assurance. Cela comprend notamment les objectifs suivants: traitement des demandes et des prestations, respect des directives légales, réglementaires et internes, traitement des commissions, gestion des données, évaluation statistique, examen des propositions et underwriting ainsi que clarification des violations de l'obligation de déclarer (LCA), information et conseil à la clientèle, correspondance avec la clientèle, encaissement/paiement, carte d'assuré, clarification de l'obligation d'assurance, vérification des rabais, lutte contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique.
- Sécurité:
Le but du traitement est de garantir la sécurité des informations. Cela peut notamment inclure les objectifs suivants: surveillance et journalisation des systèmes et des réseaux de CONCORDIA, garantie de l'exploitation, gestion des pannes, tests, gestion des sauvegardes.

- Marketing:

Les données sont utilisées à des fins de marketing de CONCORDIA. Les personnes concernées peuvent notamment être contactées par écrit une fois par an et par téléphone par le personnel de CONCORDIA Assurances SA ou d'un centre partenaire. D'autres activités marketing peuvent consister à déterminer la satisfaction et les besoins de la clientèle, à réaliser des études de marché et à fournir des services sur mesure. Un consentement donné peut être révoqué à tout moment pour l'avenir. La légalité du traitement des données effectué entre le consentement et la révocation n'en est pas affectée.

Des données sont-elles échangées avec des tiers?

Des données peuvent, sous certaines conditions, être collectées auprès de tiers (p. ex. hôpital, professionnelles et professionnels de la santé, autres assureurs, autorités). Dans ces cas, il s'agit de données de personnes assurées (p. ex. nom, adresse, coordonnées, produits d'assurance) ou de données relatives à la santé (p. ex. factures, rapports médicaux, décomptes de prestations). Dans le cadre des obligations légales et contractuelles, des données peuvent également être communiquées à des destinataires. Selon les cas, il s'agit notamment des catégories de destinataires suivantes: prestataires de services qui aident CONCORDIA à répondre aux objectifs de traitement (p. ex. prestataires de services informatiques, imprimeries, centres partenaires), autorités, autres assureurs, réassureurs, expertes et experts externes, tiers impliqués dans des litiges juridiques ainsi que d'autres sociétés du groupe CONCORDIA.

Les données peuvent être transmises à la représentation nationale de CONCORDIA au Liechtenstein. Le Conseil fédéral a constaté que la législation du Liechtenstein garantit une protection adéquate conformément à l'art. 16, al. 2 LPD.

Qui est responsable du traitement des données?

L'organisme responsable du traitement des données est CONCORDIA Assurances SA, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne. La personne assurée a le droit de demander à CONCORDIA les renseignements prévus par la loi concernant le traitement des données qui la concernent. Il est possible de contacter le ou la préposé(e) à la protection des données de l'entreprise comme suit: CONCORDIA, Protection des données, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne, info@concordia.ch ou au +41 41 228 01 11.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet sur concordia.ch/datenschutz.

Assurance de capital risque MDI

Prévoyance libre (pilier 3b)

Conditions générales d'assurance (CGA)

I. Objet de l'assurance

Art. 1.1 Risques assurés

L'assurance de capital risque MDI garantit, dans le cadre de la prévoyance libre (pilier 3b), une protection contre les conséquences économiques d'un décès ou d'une invalidité par suite de maladie.

La personne assurée se trouvant dans l'incapacité de gagner sa vie en raison d'une maladie ou d'un accident pendant plus de 180 jours est exonérée de l'obligation de payer les primes au-delà de cette durée.

La MDI est une assurance de risque pur. Comme les primes dues ne contiennent aucune part d'épargne, cette assurance est dépourvue de toute valeur de rachat et ne donne pas droit à des prestations en cas de vie, sauf dans les hypothèses d'invalidité ou d'incapacité de gain. En cas de capital d'invalidité, de capital en cas de décès et d'exonération du paiement des primes, il s'agit d'une assurance de somme.

L'assurance déploie ses effets dans le monde entier.

Art. 1.2 Capital assuré

Art. 1.2.1 Un capital-décès et/ou un capital-invalidité peuvent être garantis pour toute personne assurée.

Art. 1.2.2 Le montant du capital assuré par risque prévu est indiqué dans la police d'assurance. Il s'élève à 10000 francs au minimum en cas de décès ainsi qu'en cas d'invalidité. En outre, le capital-décès est limité à 20000 francs au maximum tant que la personne assurée n'a pas encore atteint l'âge de 12 ans révolus.

Art. 1.2.3 Le capital-décès assuré reste constant jusqu'à l'échéance du contrat.

Art. 1.2.4 Le capital-invalidité assuré reste constant jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée a atteint l'âge de 55 ans. Ensuite, il se réduit chaque année linéairement (à chaque fois d'une somme arrondie aux prochains 5000 francs) jusqu'à ce que l'âge-terme soit atteint.

Art. 1.2.5 Lorsqu'une partie seulement du capital-invalidité est versée, l'autre partie demeure assurée. Toute reprise ou augmentation du capital assuré initialement est exclue.

Art. 1.3 Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique non imputable à un accident, dont l'existence est susceptible d'être établie médicalement, et qui exige un examen et un traitement médical.

Art. 1.4 Accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, et dont la survenance, susceptible d'être établie médicalement, compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou entraîne la mort. Sont également considérés comme accidents

- les atteintes à la santé causées par l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et par l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou caustiques,
- les entorses, élongations ou déchirures de muscles ou ligaments par suite d'efforts physiques brusques volontaires,
- les gelures, les coups de chaleur, les insulations ainsi que les atteintes à la santé dues aux rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil,
- la noyade involontaire.

Si la mort ou l'invalidité est due à un accident ou à des lésions corporelles assimilables à un accident, il n'existe aucun droit à des prestations. En cas de concours de diverses causes, les prestations sont versées à hauteur de la part dépourvue de tout lien avec les suites de l'accident.

Art. 1.5 Incapacité de gain

Une incapacité de gain existe lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident

- la personne assurée ayant une activité lucrative n'est plus en mesure d'exercer totalement ou partiellement sa profession ou d'accomplir une autre activité rémunérée pouvant raisonnablement être exigée de sa part. Est considérée comme telle toute activité lucrative correspondant aux capacités et à la position sociale de la personne assurée, même si les connaissances requises pour l'exercer requièrent une reconversion professionnelle,
- la personne assurée sans activité lucrative ou en formation se trouve être totalement ou partiellement dans l'impossibilité d'accomplir les activités qu'il exerçait jusqu'ici.

Art. 1.6 Invalidité

Est réputée invalidité l'incapacité de gain destinée à durer probablement jusqu'à la fin de la vie de la personne assurée. L'assureur la reconnaît

- si une amélioration sensible de la capacité de gain ne saurait être attendue de la poursuite du traitement médical et que ladite incapacité devait perdurer malgré des mesures de réinsertion professionnelle
- et pour autant qu'elle ait duré durant 12 mois au moins; toutefois, si l'invalidité est établie avant l'échéance de ce délai, l'assureur peut la reconnaître plus tôt.

Art. 1.7 Constatation par l'assureur

L'assureur constate la survenance de l'incapacité de gain ou l'invalidité, le moment de son apparition, son étendue et sa durée en se fondant sur une évaluation effectuée par un expert agréé ou désigné par lui en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein.

Pour les personnes exerçant une activité lucrative, le degré d'incapacité de gain ou d'invalidité est déterminé sur la base de la perte de gain subie. Cette dernière correspond à l'écart mesuré entre le revenu perçu avant la survenance de l'incapacité de gain et le revenu touché après celle-ci, ou le revenu susceptible d'être obtenu sur un marché du travail équilibré. Dans le cas de personnes exerçant une activité lucrative au revenu irrégulier ou sujet à de fortes fluctuations ou exerçant une activité indépendante, est réputé revenu déterminant avant l'incapacité de gain le revenu moyen soumis à cotisations AVS touché au cours des 36 mois civils ayant précédé le début de l'incapacité de gain.

Pour les personnes sans activité lucrative ou en formation, le degré d'incapacité de gain ou d'invalidité est déterminé sur la base d'une comparaison entre les activités qui étaient accomplies par la personne assurée dans son domaine de tâches avant la survenance de l'incapacité de gain et celles pouvant encore l'être après, ou susceptibles d'être raisonnablement attendues de sa part.

II. Cercle des personnes concernées par le contrat

Art. 2.1 Forme écrite, forme de texte assimilée

Sont en principe assimilées à la forme écrite toutes les autres formes qui permettent d'apporter la preuve au moyen d'un texte. L'assureur peut indiquer les autres formes qu'il préfère pour qu'elles soient assimilées à la forme écrite. Demeurent réservées les dispositions légales contraignantes ainsi que la jurisprudence. L'usage des autres formes peut impliquer des risques accrus en matière de protection des données. L'assureur n'est tenu responsable que du comportement pour lequel la personne preneuse d'assurance répond elle-même.

Art. 2.2 Personnes concernées

Les personnes suivantes sont réputées être concernées par le contrat d'assurance:

- **La personne preneuse d'assurance** est la personne qui établit la proposition, conclut l'assurance et joue le rôle de partenaire contractuel.
- **La personne assurée** est la personne dont la vie ou la capacité de gain est assurée. Il peut s'agir de la personne preneuse d'assurance elle-même ou d'une autre personne.
- **Les bénéficiaires** sont les personnes ou institutions qui, conformément à la volonté de la personne preneuse d'assurance, sont appelées à toucher tout ou partie des prestations assurées.
- **La personne débitrice de la prime** est la personne preneuse d'assurance, pour autant qu'aucune autre personne ne se soit engagée à son paiement.
- **L'assureur**, CONCORDIA Assurances SA, est le partenaire contractuel de la personne preneuse d'assurance.
- **Le gestionnaire de la clientèle** agissant sur mandat de l'assureur est SWICA Assurances SA (SWICA).

SWICA est habilitée à conseiller les personnes preneuses d'assurance, les personnes assurées et les personnes débitrices de la prime ainsi que les bénéficiaires sur toute question en rapport avec l'assurance MDI, à leur adresser des communications et à en recevoir de leur part. SWICA peut être chargée par l'assureur de tâches en rapport avec la mise en œuvre de l'assurance.

Art. 2.3 Communications

Toutes les communications peuvent être adressées avec effet de droit au siège de SWICA ou à la représentation indiquée sur la police.

Les communications de l'assureur ou de SWICA destinées aux personnes preneuses d'assurance, aux personnes assurées et aux personnes débitrices de la prime ainsi qu'aux bénéficiaires leur sont envoyées sous la forme écrite à la dernière adresse connue.

Les communications peuvent également se faire sous forme électronique. L'assureur peut émettre des directives à ce sujet afin qu'elles soient considérées comme notifiées. Si la personne preneuse d'assurance n'est pas domiciliée en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein, elle doit désigner une représentation en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein à laquelle l'assureur ou SWICA pourra valablement adresser toutes les communications.

III. Bases contractuelles

Art. 3.1 Dispositions applicables

Les éléments suivants, tels qu'énumérés dans l'ordre hiérarchique ci-dessous, constituent les fondements juridiques du contrat d'assurance:

- la proposition d'assurance, le questionnaire dûment rempli et, le cas échéant, le rapport d'examen médical ainsi que les autres renseignements complémentaires fournis pour l'analyse des risques,
- les dispositions figurant dans la police d'assurance et dans les éventuels avenants et conditions spéciales,
- les présentes Conditions générales d'assurance (CGA),
- la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) pour les données non expressément régies par le contrat.

En cas de contradictions entre certains documents constatées lors de l'interprétation du contrat, la réglementation hiérarchiquement supérieure l'emporte.

Art. 3.2 Âge déterminant

Partout où les présentes CGA ou le tarif de primes font référence à l'âge de la personne assurée, l'écart entre l'année civile en cours et l'année de naissance de la personne assurée est réputé être l'âge déterminant.

Art. 3.3 Année d'assurance

L'année d'assurance correspond à l'année civile. Toutefois, la première année d'assurance part de la date du début de l'assurance pour s'achever à la fin de l'année civile concernée.

IV. Conclusion du contrat

Art. 4.1 Domicile et âge minimum

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

Art. 4.2 Proposition d'assurance

La personne preneuse d'assurance est tenue de remplir la proposition d'assurance intégralement et conformément à la vérité, de la signer et de l'envoyer à l'assureur. La personne assurée ou sa représentation légale doit répondre aux questions relatives à la santé et autres facteurs de risque de manière complète et véridique. SWICA communique ces documents à l'assureur conjointement avec l'annonce pour acceptation des personnes à assurer.

La personne preneuse d'assurance est liée par sa proposition pendant 14 jours ou quatre semaines en cas d'exigence d'un examen médical, pour autant qu'elle n'ait pas fixé un délai plus court ni révoqué ladite proposition.

Art. 4.3 Révocation

La personne preneuse d'assurance peut révoquer sa proposition en vue de la conclusion du contrat ou la déclaration d'admission par écrit. Le délai de révocation est de 14 jours et commence dès que la personne preneuse d'assurance a demandé ou accepté le contrat.

Art. 4.4 Obligation de déclarer et conséquences d'une réticence

La personne preneuse d'assurance et la personne assurée ou sa représentation sont tenues, durant toute la procédure d'admission, de déclarer à l'assureur tous les faits importants pour l'appréciation du risque pour autant qu'elles les connaissent ou soient censées les connaître.

Il y a réticence lorsqu'au moment de répondre aux questions, la personne preneuse d'assurance ou la personne assurée ou sa représentation a tu ou communiqué incorrectement des faits importants qu'elle connaissait ou aurait dû connaître et à propos desquels elle a été interrogée par écrit. Sont réputés être des faits importants les maladies ou séquelles d'accidents existantes ou ayant existé précédemment.

L'assureur peut se départir du contrat par écrit dans les quatre semaines à compter du moment où il a eu connaissance d'une réticence. Cette résiliation entraîne également l'extinction de son obligation de verser des prestations pour les dommages qui se sont déjà produits et dont la survenance ou l'étendue a été influencée par un facteur de risque très important passé sous silence ou incorrectement déclaré. Pour les assurances ayant débuté avant le 1er janvier 2006, l'obligation de fournir des prestations prend fin également, en tout état de cause, pour des dommages déjà survenus. Si l'assureur a déjà versé des prestations conformément à ses obligations contractuelles, il est autorisé à en exiger le remboursement. Aucun droit au remboursement des primes n'est reconnu.

Art. 4.5 Obligation de déclarer ultérieurement jusqu'à la conclusion de l'assurance

Si des faits entraînant une aggravation considérable du risque changent entre le moment où des réponses ont été apportées aux questions et la conclusion de l'assurance, le proposant ou la proposante et la personne assurée ou sa représentation sont tenus d'en aviser immédiatement l'assureur et de compléter ou de rectifier les réponses apportées aux questions. L'assureur a le droit de résilier le contrat en cas d'aggravation du risque ou de violation de l'obligation de déclarer.

Art. 4.6 Extension de l'assurance

L'augmentation de la somme assurée est assimilée à un nouveau contrat.

V. Début, durée et fin de l'assurance

Art. 5.1 Début de la protection d'assurance

L'assureur décide de l'acceptation de la proposition d'assurance. Il peut l'accepter telle quelle, émettre des réserves, prévoir une majoration de prime pour des risques particuliers, ajourner sa décision ou refuser la proposition dans son intégralité.

La protection d'assurance devient effective à compter de la date mentionnée dans la police comme étant celle du début de l'assurance.

Art. 5.2 Durée du contrat

L'assurance dure au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge déterminant de 60 ans (âge-terme).

Art. 5.3 Résiliation

La personne preneuse d'assurance peut résilier l'assurance avant terme ou réduire la somme assurée au plus tôt un an après le début de l'assurance pour la fin de l'année civile en cours en faisant la communication par écrit.

Art. 5.4 Fin de l'assurance

L'assurance s'éteint

- au décès de la personne assurée,
- en cas d'invalidité totale de la personne assurée, pour autant que le cas de décès ne soit pas assuré,
- au moment où l'âge-terme est atteint.

L'assurance s'éteint avant terme

- en cas de révocation de la proposition par la personne preneuse d'assurance,
- en cas de résiliation par la personne preneuse d'assurance,
- en cas de résiliation par l'assureur à la suite d'une réticence,
- si la personne assurée déplace son domicile hors de Suisse ou de la Principauté de Liechtenstein,
- en cas de non-paiement de la prime à l'échéance du délai de sommation.

VI. Limitations de la protection d'assurance

Art. 6.1 Généralités

Aucun droit aux prestations d'assurance n'est reconnu dans les circonstances suivantes:

- décès, incapacité de gain ou invalidité imputable à une exposition à des rayons ionisants ou à des dommages causés par l'énergie nucléaire;
- décès ou invalidité imputable à des maladies professionnelles au sens où l'entend la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA);
- refus de se soumettre à des examens, des investigations ou des mesures de réinsertion professionnelle exigés par l'assureur, ou entraves mises à leur exécution;
- participation à des interventions pour le maintien de la paix dans le cadre de l'ONU;
- participation à une guerre, à des hostilités assimilables à des opérations de guerre ou à des troubles civils. Les dispositions de l'art. 13 relatives au service militaire, à la guerre et aux troubles sont applicables;
- conséquences d'un crime ou d'un délit commis intentionnellement par la personne assurée ou de la tentative de tels actes. Il y a intention lorsque la personne assurée commet l'infraction en pleine conscience et volonté, ou envisage et accepte que l'infraction puisse être commise.

Art. 6.2 Dommages provoqués intentionnellement

Il n'existe aucun droit aux prestations si la personne assurée

- meurt ou perd sa capacité de gain/devient invalide à la suite d'une tentative de suicide intervenant dans les trois ans à compter du début de l'assurance, de l'augmentation du montant de cette dernière ou de sa réactivation,
- a provoqué intentionnellement son incapacité de gain/son invalidité.

Il en va de même si la personne assurée a commis le geste ayant entraîné sa mort ou son incapacité de gain/son invalidité alors qu'elle était incapable de discernement.

Art. 6.3 Négligence grave et entreprise téméraire

Si l'événement assuré est imputable à une négligence grave, l'assureur peut réduire ses prestations d'assurance. Il y a négligence grave lorsque, par imprévoyance coupable, les conséquences d'un comportement n'ont pas été envisagées ou ont été délibérément négligées et que, dans ce contexte, des mesures de précaution élémentaires n'ont pas été prises alors qu'elles auraient dû tomber sous le sens de toute personne douée de raison face à une situation semblable et aux mêmes circonstances.

Si l'événement assuré est la conséquence d'une ou plusieurs entreprises téméraires, les prestations assurées seront réduites, voire refusées dans des cas particulièrement graves. Les entreprises téméraires sont des agissements présentant un danger particulièrement grave pour la personne assurée et auquel cette dernière s'expose sans volonté ni possibilité de prendre des mesures propres à le ramener à des proportions raisonnables. En revanche, les tentatives de sauvetage de personnes sont couvertes par l'assurance, même si elles peuvent être considérées comme des entreprises téméraires.

Art. 6.4 Décès d'un enfant

Si une assurance a été conclue pour un enfant, l'assureur paie au maximum les prestations suivantes à titre de capital décès:

- 2500 francs si l'enfant meurt avant l'âge de 2 ans et demi,
- 20 000 francs pour l'ensemble des assurances existantes si l'enfant a entre 2 ans et demi et 12 ans au moment de son décès,
- 200 000 francs si l'enfant meurt avant l'âge de 15 ans révolus.

VII. Versement des prestations

Art. 7.1 Décès

Le droit au versement du capital-décès prend naissance si la personne assurée vient à mourir pendant la durée de la protection d'assurance.

Lorsque le décès de la personne assurée intervient après que le capital-invalidité a été partiellement ou totalement versé, le capital-décès est également alloué à condition que six mois au moins se soient écoulés depuis le début de l'invalidité jusqu'au décès de la personne assurée. Si le décès intervient plus tôt et que le capital-décès assuré est plus élevé que le capital-invalidité déjà alloué, la différence est due. En revanche, lorsque le décès n'a aucun lien avec la cause de l'invalidité, le capital-décès est intégralement versé.

Art. 7.2 Invalidité

Le droit au versement du capital-invalidité prend naissance si la personne assurée devient invalide pendant la durée de la protection d'assurance. Le montant du capital est déterminé en fonction du degré d'invalidité.

En cas d'invalidité de 70% au moins, l'entier du capital assuré est dû; si le degré d'invalidité est inférieur à 40%, il n'y a aucun droit au capital.

Degré d'invalidité	Pourcentage du capital total assuré dû
0-39%	0%
40-49%	25%
50-59%	50%
60-69%	75%
dès 70%	100%

Art. 7.3 Exonération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain

Art. 7.3.1 Si, pendant la durée d'assurance, la personne assurée se trouve dans l'incapacité de gagner sa vie pendant plus de 180 jours d'affilée en raison d'un accident ou d'une maladie, l'assureur prend en charge les primes subséquentes et libère la personne preneuse d'assurance de l'obligation de payer les primes.

Art. 7.3.2 Le délai d'attente de 180 jours redémarre à nouveau à chaque fois en cas de récupération de la capacité de gain par la personne assurée, sauf si cette dernière s'est trouvée dans cette situation à plusieurs reprises dans un délai de douze mois pour la même cause.

Art. 7.3.3 L'étendue du droit à l'exonération du paiement des primes est calculée comme suit en fonction de l'incapacité de gain:

- En cas d'incapacité de gain inférieure à 40%, aucun droit à l'exonération du paiement des primes n'est reconnu.
- En cas d'incapacité de gain entre 40% et 70%, le droit à l'exonération du paiement des primes en pour cent correspond au degré de l'incapacité de gain.
- En cas d'incapacité de gain égale ou supérieure à 70%, le droit à l'exonération du paiement des primes s'étend à la totalité de celles-ci.

Art. 7.3.4 La personne preneuse d'assurance désireuse de faire valoir son droit à l'exonération du paiement des primes à la suite d'une incapacité de gain de la personne assurée doit en informer l'assureur au plus tard dans un délai d'un mois à compter de l'échéance du délai d'attente et lui faire parvenir les documents nécessaires.

Art. 7.3.5 En cas d'annonce tardive, l'assureur peut refuser l'exonération des primes pour la période pour laquelle l'annonce n'a pas été faite en temps utile, à moins que le retard soit à considérer comme excusable au regard des circonstances.

Art. 7.3.6 La personne preneuse d'assurance est tenue de continuer de payer les primes jusqu'à la décision de l'assureur. Les primes payées en trop sont remboursées.

Art. 7.4 Adaptation au degré d'incapacité de gain ou d'invalidité

Toute modification du degré d'incapacité de gain ou d'invalidité doit être signalée sans délai à l'assureur. Ce dernier a le droit de demander en tout temps un réexamen du degré d'incapacité de gain ou d'invalidité.

L'étendue de l'exonération des primes est adaptée à la hausse ou à la baisse en fonction de l'évolution du degré d'incapacité de gain ou d'invalidité. La modification entre en vigueur le jour où le degré d'incapacité de gain a changé. Si, à la suite d'une évolution du degré d'incapacité de gain ou d'invalidité, il apparaît que l'assureur a versé des prestations trop élevées, celles-ci devront lui être remboursées. Au cas où des primes insuffisantes ont été acquittées, un rattrapage a lieu.

Art. 7.5 Justification du droit aux prestations

Art. 7.5.1 L'assureur examine le droit aux prestations d'assurance dès qu'il se trouve en possession de tous les documents nécessaires. À cet effet, il convient de lui faire parvenir l'ensemble des documents énumérés ci-après:

en cas de décès:

- l'original de la police d'assurance,
- la demande de prestation dûment remplie,
- le livret ou acte de famille,
- un certificat de décès officiel,
- un certificat médical.

en cas d'invalidité:

- l'original de la police d'assurance,
- la demande de prestation dûment remplie,
- un rapport des médecins traitants sur la cause, l'évolution et la durée de l'invalidité.

en cas d'incapacité de gain, au plus tard dans le délai d'un mois à compter de l'échéance du délai d'attente:

- un rapport médical exhaustif sur la maladie ou les séquelles de l'accident et le degré d'incapacité de gain et
- une description de l'activité exercée par la personne assurée avant la survenance de ladite incapacité.

Art. 7.5.2 L'assureur est autorisé à obtenir ou à recueillir lui-même des renseignements et preuves complémentaires ainsi qu'à exiger en tout temps de la personne assurée qu'elle se soumette à un examen médical. Les médecins de la personne assurée ne sont alors pas dans l'obligation de garder le secret médical à l'égard de l'assureur.

Art. 7.5.3 Les documents et preuves doivent être remis en français, allemand, italien ou anglais. Si les documents et preuves sont adressés dans une autre langue, l'assureur peut demander à l'ayant droit une traduction des documents ayant été certifiée conforme en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein.

Art. 7.5.4 Les prétentions fondées sur le contrat d'assurance se prescrivent cinq ans après la survenance du fait ayant donné naissance à l'obligation de verser des prestations.

Art. 7.6 Paiement

Le paiement de la prestation d'assurance est effectué en francs suisses (CHF) sur un compte désigné par la personne bénéficiaire dans une banque en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein, ou auprès de la Poste suisse.

En cas de mise en gage, l'assureur ne peut verser la prestation échue qu'avec le consentement écrit de la créancière ou du créancier gage.

VIII. Clause bénéficiaire

Art. 8.1 Bénéficiaires

Art. 8.1.1 Sauf dispositions contraires sont considérées comme bénéficiaires les personnes ci-dessous, cela dans l'ordre de priorité indiqué:

1. la personne assurée,
2. à son décès, la conjointe, le conjoint, la partenaire enregistrée ou le partenaire enregistré,
3. à défaut, les enfants de la personne assurée,
4. à défaut, les parents de la personne assurée,
5. à défaut, les autres héritiers de la personne assurée, à l'exclusion des collectivités publiques.

Art. 8.1.2 En l'absence de tout bénéficiaire, les frais funéraires sont pris en charge au maximum à hauteur de 10% du capital-décès assuré, le montant minimum s'élevant toutefois à 2500 francs.

Art. 8.1.3 La personne preneuse d'assurance est autorisée en tout temps – mais au plus tard jusqu'à la date du versement de la prestation d'assurance – à modifier l'ordre des bénéficiaires, à en exclure ou à en désigner d'autres, pour autant qu'elle n'ait pas procédé au préalable à une désignation irrévocable de ceux-ci. Elle peut également régler la clause bénéficiaire par testament, dans un pacte successoral ou encore par une déclaration de volonté unilatérale informelle. La personne preneuse d'assurance ne peut pas se faire représenter pour cela.

Art. 8.1.4 En cas de modification souhaitée, la personne preneuse d'assurance doit en informer par écrit l'assureur et désigner clairement le nouveau bénéficiaire par son nom (une autre forme de texte en principe assimilée à la forme écrite n'a aucune validité). Des personnes morales peuvent également être désignées comme bénéficiaires.

Art. 8.1.5 La personne preneuse d'assurance peut décréter l'irrévocabilité d'une clause bénéficiaire. À cet effet, elle doit faire la mention, sous sa signature, de son renoncement à toute révocation de la clause, puis remettre la police à la personne bénéficiaire.

Art. 8.2 Clause bénéficiaire en cas de faillite et de saisie

Art. 8.2.1 Si la personne preneuse d'assurance a déclaré irrévocable la clause bénéficiaire, le droit à la prestation d'assurance fondé sur ladite clause échappe à la procédure d'exécution forcée en faveur des créancières ou des créanciers de la personne preneuse d'assurance.

À défaut, la clause bénéficiaire s'éteint en cas de saisie du droit aux prestations d'assurance ou au jour de l'ouverture de la faillite prononcée à l'encontre de la personne preneuse d'assurance. La clause est réactivée si la saisie est abandonnée ou si la faillite est révoquée.

Art. 8.2.2 Dans le cadre d'une poursuite par voie de saisie ou de faillite à l'encontre de la personne preneuse d'assurance ayant conclu l'assurance pour elle-même, sa conjointe, son conjoint, sa partenaire enregistrée, son partenaire enregistré ou ses descendants sont privilégiés comme suit lors de la procédure de réalisation, sous réserve d'éventuels droits de gage:

- Si ces personnes ont qualité de bénéficiaires, leur droit aux prestations d'assurance ainsi que celui de la personne preneuse d'assurance échappent à l'exécution forcée. Ces bénéficiaires se substituent à la personne preneuse d'assurance dans les droits et obligations fondés sur le contrat d'assurance, sauf refus exprès de leur part.
- Si d'autres bénéficiaires sont désignés, la conjointe, le conjoint, la partenaire enregistrée, le partenaire enregistré ou les descendants de la personne preneuse d'assurance peuvent exiger, avec l'accord de cette dernière, que le droit aux prestations fondé sur le contrat d'assurance-vie leur soit transféré.

Art. 8.3 Cession et mise en gage

La personne preneuse d'assurance peut mettre en gage ou céder son droit aux prestations fondées sur l'assurance. Pour ce faire, toutes les conditions ci-dessous doivent être remplies cumulativement:

- l'existence d'un contrat de gage ou de cession écrit entre, d'une part, la personne preneuse d'assurance et, d'autre part, la créancière gagiste ou le créancier gagiste ou la cessionnaire ou le cessionnaire du droit (une autre forme de texte en principe assimilée à la forme écrite n'a aucune validité),
- la remise de la police d'assurance à la créancière ou au créancier gagiste ou à la cessionnaire ou au cessionnaire du droit,
- une communication écrite à l'assureur (une autre forme de texte en principe assimilée à la forme écrite n'a aucune validité).

Le droit de gage prime sur la clause bénéficiaire, laquelle déploiera toutefois à nouveau tous ses effets sitôt le gage levé. En cas de cession, la cessionnaire ou le cessionnaire du droit à la prestation d'assurance devient elle-même ou lui-même l'ayant droit.

IX. Primes

Art. 9.1 Tarifs

Calculée sur une base annuelle, la prime figure dans la police. Les tarifs de primes prévoient des classes d'âge basées sur le risque. Dès que l'âge déterminant de la personne assurée atteint la classe d'âge supérieure, la prime augmente en raison de l'augmentation du risque.

Art. 9.2 Adaptation des tarifs

Les tarifs de primes ne sont pas garantis. L'assureur est autorisé à les adapter si les données sur lesquelles repose le calcul des primes subissent des changements considérables. En cas de modifications apportées aux tarifs, la personne preneuse d'assurance en est informée par l'assureur au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur et dispose du droit de résilier l'assurance par écrit. Si elle en fait usage, l'assurance prend fin à l'échéance de l'année d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de l'année civile en cours.

Si la personne preneuse d'assurance omet de procéder à la résiliation, elle est réputée avoir accepté l'adaptation du tarif.

Art. 9.3 Obligation d'acquitter les primes

Calculée sur une base annuelle, la prime figure dans la police.

Art. 9.4 Conséquences de la demeure

À défaut de paiement à l'échéance, la personne preneuse d'assurance est sommée par écrit d'acquitter les primes en souffrance dans les 14 jours suivant l'envoi de la sommation. Cette dernière mentionnera les conséquences du retard. Si le rappel reste sans effet, la protection d'assurance prend fin à l'échéance du délai de sommation.

Si la prime est payée à l'assureur après l'expiration du délai de sommation, la protection d'assurance n'est pas automatiquement réactivée. L'assureur peut rembourser la prime payée tardivement et refuser la continuation de l'assurance, mais aussi exiger un nouvel examen de l'état de santé de la personne assurée et assortir le maintien de la protection d'assurance de nouvelles conditions. Aucune protection d'assurance n'est accordée pour les conséquences de tout dommage survenu entre l'échéance du délai de sommation et l'acceptation des primes payées tardivement, intérêts et frais compris.

Art. 9.5 Remboursement de primes

L'assureur rembourse à la personne débitrice des primes celles encaissées pour la période suivant le décès ou la survenance de l'invalidité de la personne assurée.

Les primes payées pour la période d'exonération sont intégralement remboursées.

X. Traitement des données

Art. 10.1 Traitement des données

L'assureur traite les données indispensables au déroulement du contrat d'assurance, à savoir celles se rapportant aux personnes preneuses d'assurance, aux personnes assurées, aux personnes débitrices de primes et aux bénéficiaires.

Art. 10.2 Conservation des données

Les données sont sauvegardées sur support électronique ou conservées sous forme papier.

Art. 10.3 Échange des données entre l'assureur et SWICA

Le conseil à la clientèle relève de SWICA. Cette dernière transmet à l'assureur les données personnelles pour la conclusion du contrat. Une fois cette opération effectuée, l'assureur communique à SWICA les données nécessaires pour l'établissement de la police d'assurance, l'encaissement des primes, les mises en demeure et le suivi de la clientèle.

Art. 10.4 Transmission de données à des réassureurs

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

Art. 10.5 Transmission de données à des tiers

L'assureur peut faire appel à des spécialistes externes pour le déroulement de l'assurance (par exemple, des médecins et juristes) dont il exigera un engagement au respect de la protection des données et de la confidentialité. Dans le cadre de l'examen des propositions d'assurance ou des prestations, des données personnelles peuvent également être demandées ou divulguées à d'autres compagnies d'assurance. La divulgation de telles données à d'autres tiers ne peut avoir lieu qu'avec l'accord de la personne preneuse d'assurance ou de la personne assurée.

XI. For

L'assureur peut être poursuivi en justice à son siège social à Lucerne ou au lieu de domicile en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein de la personne preneuse d'assurance ou de l'ayant droit aux prestations.

XII. Modification des conditions d'assurance

Les conditions d'assurance s'appliquent pour toute la durée de l'assurance. En cas de modification des Conditions générales d'assurance de l'assurance de capital risque MDI par l'assureur, ce dernier examinera sur demande de la personne preneuse d'assurance si et dans quelle mesure les nouvelles conditions d'assurance peuvent s'appliquer.

XIII. Service militaire, guerre et troubles

Art. 13.1 Service militaire en temps de paix

Le service actif accompli pour le maintien de la neutralité suisse ainsi que de la tranquillité et de l'ordre à l'intérieur du pays, cela sans opérations de guerre, est considéré comme service militaire en temps de paix. En tant que tel, il est couvert sans autre formalité par l'assurance conformément aux présentes CGA.

Art. 13.2 Contribution de répartition en temps de guerre

Si la Suisse est engagée dans une guerre ou dans des hostilités assimilables à des opérations de guerre, une contribution de répartition unique de guerre est due dès le début du conflit, mais n'est exigible qu'un an après la fin de celui-ci. Peu importe que la personne assurée parte ou non à la guerre et qu'elle réside en Suisse ou à l'étranger.

Art. 13.3 Calcul de la contribution de répartition

La contribution de répartition de guerre sert à couvrir les pertes causées directement ou indirectement par les hostilités, pour autant qu'elles concernent des assurances régies par les présentes conditions. L'estimation des pertes de guerre et des fonds de couverture disponibles ainsi que le calcul de la contribution de répartition de guerre et l'évaluation de la possibilité de la recouvrer – le cas échéant en réduisant les prestations assurées – sont effectués par l'assureur en accord avec l'autorité suisse de surveillance.

Art. 13.4 Éventuelle suspension des prestations en temps de guerre

Si des prestations d'assurance viennent à échéance avant la fixation de la contribution de répartition de guerre, l'assureur est autorisé à différer le paiement d'une partie équitable desdites prestations jusqu'à une année après la fin du conflit. La proportion des prestations différées et le taux d'intérêt à bonifier sur les sommes retenues sont fixés par l'assureur en accord avec l'autorité suisse de surveillance.

Art. 13.5 Détermination du début et de la fin de la guerre

L'autorité suisse de surveillance arrête les dates réputées être celles du début et de la fin de la guerre, au sens des dispositions ci-dessus.

Art. 13.6 Adaptations des prestations en cas de participation à une guerre à l'étranger

Si la personne assurée prend part à une guerre ou à des hostilités assimilables à des opérations de guerre sans que la Suisse se trouve elle-même engagée dans une guerre ou des hostilités assimilables à des opérations de guerre, et que la personne assurée vient à mourir pendant cette guerre ou dans les six mois après un traité de paix ou la fin des hostilités, l'assureur doit verser le capital de couverture au jour du décès, mais au maximum la prestation en cas de décès. Si des rentes de survie sont assurées, l'assureur alloue, en lieu et place du capital de couverture au jour du décès, des rentes calculées sur la base dudit capital, mais ne dépassant en aucun cas les rentes assurées.

Art. 13.7 Adaptation de cette section

D'entente avec l'autorité suisse de surveillance, l'assureur se réserve le droit d'apporter des modifications aux dispositions prévues par le présent article et dont les effets se déploieront sur cette assurance également. Demeurent en outre expressément réservées les mesures légales et administratives édictées en relation avec la guerre, notamment celles concernant le rachat de l'assurance.