

Information à la clientèle en vertu de la LCA

Assurance IncomeProtect d'AXA Assurances SA pour la clientèle de Cembra Money Bank SA

Les informations à la clientèle suivantes fournissent, sous une forme claire et concise, une vue d'ensemble de l'identité de l'assureur et des principaux éléments du contrat d'assurance (article 3 de la Loi fédérale sur le Contrat d'assurance-LCA). Les droits et obligations de la personne assurée résultent des Conditions Générales d'Assurance (CGA), de la déclaration d'adhésion, de l'attestation d'assurance et de la législation applicable, plus particulièrement la Loi fédérale sur le contrat d'assurance.

Qui est l'assureur?

L'assureur est AXA Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, ci-après dénommé «AXA».

Par quel biais se font le traitement des prestations et la correspondance?

Veillez toujours contacter AXA Assurances SA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur (téléphone 0848 000 398, fax 0848 000 425) pour toutes les affaires concernant votre couverture d'assurance. Vous pouvez également soumettre votre cas d'assurance en ligne, de manière rapide et pratique, sur le site web suivant: <https://www.clpnet.com/customer/homeCHF>.

Qui est le preneur d'assurance?

Le preneur d'assurance et débiteur de la prime est Cembra Money Bank SA («la Banque»). La Banque a conclu un contrat d'assurance collectif avec AXA en faveur des personnes assurées. En vue de l'exécution du contrat d'assurance collective, la Banque a délégué certains services à la société TONI Digital Insurance Solutions AG à Zurich (ci-après «TONI»).

Qui sont les personnes assurées?

Les personnes assurées sont les personnes qui remplissent les conditions d'adhésion, telles que stipulées dans les Conditions Générales d'Assurance, qui ont transmis leur déclaration d'adhésion (physique ou numérique) dûment signée à la Banque à l'attention d'AXA, et qui ont reçu de la Banque une attestation d'assurance.

Quels sont les risques assurés?

Les risques assurés sont l'incapacité totale de travail et le chômage. Il s'agit d'une assurance de somme destinée à couvrir votre revenu provenant d'un rapport de travail rémunéré.

Quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

En cas d'incapacité totale de travail ou de chômage, vous recevez une prestation d'assurance mensuelle. Celle-ci s'élève soit à CHF 1'000 soit à CHF 1'800 par mois, selon le montant que vous avez choisi dans votre déclaration d'adhésion. Nous versons la prestation d'assurance mensuelle à partir du 31^e jour d'incapacité totale de travail ou de chômage, jusqu'à douze mois par cas d'assurance.

Comment les prestations sont-elles fournies?

AXA verse toutes les prestations d'assurance directement à la personne assurée.

À quel moment la couverture d'assurance démarre-t-elle?

La couverture d'assurance commence le jour suivant l'expiration des délais de carence. Ceux-ci sont de 30 jours en cas d'incapacité totale de travail et de 90 jours en cas de chômage.

Combien de temps la couverture d'assurance dure-t-elle et quand prend-elle fin?

La couverture d'assurance est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle chaque année de manière tacite pour une année supplémentaire. Le contrat d'assurance prévoit différents motifs/possibilités de résiliation stipulés dans les CGA, qui se résument comme suit:

La couverture d'assurance prend notamment fin en cas de survenance d'un des événements suivants aux dates désignées pour chaque cas:

- 60 mois après le début de la couverture d'assurance;
- 60e anniversaire de la personne assurée;
- date de départ à la retraite ordinaire ou anticipée de la personne assurée;
- date à laquelle l'assureur a versé 12 fois la prestation mensuelle d'assurance en cas de chômage ou 24 fois la prestation mensuelle d'assurance en cas d'incapacité totale de travail;
- date à laquelle la personne assurée conclut un contrat de travail rémunéré auprès d'un employeur se trouvant hors de Suisse;
- date à laquelle la personne assurée transfère son domicile hors de Suisse;
- date de fin de la couverture d'assurance (en vertu de l'article XI);
- date de décès de la personne assurée.

Vous pouvez notamment mettre fin à la couverture d'assurance (par courrier adressé à Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurich, à l'attention d'AXA, ou par le biais du formulaire de contact sur le site www.cembra.ch/fr assurances):

- dans un délai de 30 jours à compter du début de l'assurance: à tout moment;
- après expiration des 30 premiers jours: en respectant un délai d'au moins 30 jours avant la fin d'une année d'assurance;
- si AXA modifie les primes ou les conditions d'assurance; dans ce cas, la notification doit parvenir à la Banque avant le jour à partir duquel, selon la notification d'AXA, la modification prendrait effet pour vous.

AXA et la Banque peuvent notamment mettre fin à la couverture d'assurance:

- au moyen d'une notification qui vous est adressée en respectant un délai d'au moins 30 jours avant la fin d'une année d'assurance;
- si vous êtes en retard vis-à-vis de la Banque pour le paiement de la prime et qu'une mise en demeure est restée vaine.

Toute notification de la fin de la couverture d'assurance doit être envoyée à l'autre partie par écrit ou sous une autre forme écrite (par exemple par e-mail).

Quel est le montant de la prime?

Le montant de votre prime est mentionné dans la déclaration d'adhésion et l'attestation d'assurance. Vous êtes redevable à la Banque de la prime, qui vous est facturée (droit de timbre fédéral inclus) par son prestataire TONI au moyen d'un bulletin de versement. Nous nous réservons le droit de modifier le montant de la prime pendant la durée de validité de l'assurance.

Quelles sont les autres obligations de la personne assurée?

- Détermination des faits: Vous êtes tenu de coopérer et de transmettre à AXA tous les renseignements et documents utiles en cas d'investigations relatives à l'assurance – concernant par exemple les infractions aux obligations de déclaration, les accroissements de risques, les vérifications de prestations etc. Vous êtes également tenu de donner procuration par écrit à des tiers afin qu'ils puissent transmettre à AXA les informations et documents utiles etc. AXA est en droit de procéder à ses propres investigations.
- Cas d'assurance: L'événement assuré doit être signalé immédiatement à AXA.

Comment la compagnie AXA traite-t-elle vos données?

Vous trouverez des informations sur l'utilisation de vos données sur: www.axa.ch/fr/informations/protection-donnees.html. Par ailleurs, vos données peuvent, en cas de sinistre, être transmises à la Banque, y compris la correspondance associée. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. En votre qualité de personne assurée, vous êtes admis à exiger qu'AXA vous fournisse les renseignements prévus par la loi et liés au traitement des données vous concernant.

Conditions générales d'assurance (CGA)

Pour la couverture d'assurance en cas d'incapacité totale de travail ou de chômage

Assurance IncomeProtect

d'AXA Assurances SA pour la clientèle de Cembra Money Bank SA

Les présentes conditions générales d'assurance («CGA») régissent les détails de votre couverture d'assurance. L'assureur est AXA Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur (ci-après «l'assureur» ou «AXA»).

L'origine de votre couverture d'assurance est un contrat d'assurance collectif («CAC») conclu entre Cembra Money Bank SA («la Banque») et l'assureur. La Banque est le preneur d'assurance et débiteur des primes dues en vertu du CAC. Ayant adhéré au CAC, vous êtes dénommé ci-après «personne assurée». Les droits à l'assurance de la personne assurée se dirigent exclusivement envers l'assureur. Aucune revendication ne peut être soulevée à l'encontre de la Banque dans le cadre d'un cas d'assurance.

Veillez lire attentivement les présentes CGA d'assurance et les conserver en lieu sûr. Les bases de votre couverture d'assurance individuelle sont les suivantes:

- les dispositions contenues dans les présentes CGA;
 - les renseignements et indications fournis dans l'attestation d'assurance établie par la Banque au nom de l'assureur;
 - les dispositions contenues dans votre déclaration d'adhésion.
- Les dispositions de la Loi fédérale sur le Contrat d'assurance (LCA) ainsi que du Code suisse des obligations (CO) s'appliquent en complément de cela.

I. CONDITIONS D'ADHÉSION ET DÉFINITIONS

La couverture d'assurance est exclusivement octroyée aux personnes qui, au moment de leur adhésion au CAC:

1. sont clientes de la Banque, c'est-à-dire qu'elles ont conclu au moins un autre contrat avec la Banque au moment de la conclusion du contrat d'assurance (par exemple un compte de salaire, un compte d'épargne ou un contrat de crédit);
2. ont demandé l'adhésion au CAC et se sont déclarées disposées à verser les primes mensuelles répercutées par la Banque;
3. sont âgées d'au moins 18 ans et de moins de 56 ans;
4. exercent une activité fixe et rémunérée en Suisse dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée non résilié et sont salariés depuis au moins 6 mois pour au moins 18 heures par semaine par le même employeur (ci-après «sous contrat de travail rémunéré»);
5. sont domiciliées en Suisse; et
6. n'ont connaissance d'aucune dénonciation éminente du contrat de travail rémunéré.

Lors de la remise de la déclaration d'adhésion au CAC, la personne assurée choisit le montant de la «prestation d'assurance mensuelle». Elle s'élève soit à CHF 1'000, soit à CHF 1'800 par mois.

La couverture d'assurance ne peut pas être souscrite plusieurs fois pour la même personne au même moment.

II. DÉBUT DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La couverture d'assurance débute:

- pour la couverture selon l'article IV (incapacité totale de travail): 30 jours après la date mentionnée sur la confirmation d'assurance («**délai de carence**»);
- pour la couverture selon l'article VI (chômage): 90 jours après la date mentionnée sur la confirmation d'assurance («**délai de carence**»). Si la personne assurée est au chômage partiel (article 10.2bis LACI) au moment de l'adhésion au CAC, le délai de carence dure jusqu'à la fin du chômage partiel, mais au moins 90 jours.

III. FIN DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La couverture d'assurance est octroyée pour une période d'un an sous réserve des possibilités de mise à terme prévues à l'article XI. La période se prolonge automatiquement d'une autre année jusqu'à la survenance de l'une des dates suivantes:

- 60 mois après le début de la couverture d'assurance;
- 60^e anniversaire de la personne assurée;
- date de départ à la retraite ordinaire ou anticipée de la personne assurée;
- date à laquelle l'assureur a versé 12 fois la prestation mensuelle d'assurance en cas de chômage ou 24 fois la prestation mensuelle d'assurance en cas d'incapacité totale de travail;
- date à laquelle la personne assurée conclut un contrat de travail rémunéré auprès d'un employeur se trouvant hors de Suisse;
- date à laquelle la personne assurée transfère son domicile hors de Suisse;
- date de fin de la couverture d'assurance (en vertu de l'article XI);
- date de décès de la personne assurée.

IV. PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

1. On entend par «incapacité totale de travail» (également désignée ci-après par «incapacité de travail» pour une meilleure lisibilité) toute interruption momentanée de l'occupation rémunérée suite à une incapacité totale (100%) de la personne assurée (conséquence d'une maladie ou d'un accident) à exercer l'activité ou l'emploi d'origine. Cette incapacité doit être confirmée par un rapport médical. L'assureur peut exiger de la personne assurée qu'elle se fasse examiner par un médecin indépendant désigné par l'assureur. Par ailleurs, la personne assurée doit, au moment de la survenance du cas d'assurance, exercer une activité professionnelle salariée (telle que définie à l'article I).
2. La prestation de l'assureur est versée mensuellement. Elle correspond au montant choisi par la personne assurée au moment de son adhésion au CAC (CHF 1'000 ou CHF 1'800 par mois).
3. Les prestations de l'assureur sont fournies pendant toute la durée de l'incapacité de travail après expiration d'un délai de carence de 30 jours consécutifs (à compter de la constatation de l'incapacité intégrale de travail), pour une durée maximale de 12 mois par cas de sinistre. Les dates de mise à terme convenues à l'article III restent réservées.
4. Une incapacité de travail supplémentaire entraîne uniquement un droit à assurance en vertu des dispositions suivantes, et ce, quelle que soit l'origine de l'incapacité:
 - 5.1 Si la personne assurée a repris son activité rémunérée dans un délai de 6 mois avant la survenance de la nouvelle incapacité de travail, la nouvelle période d'incapacité de travail sera traitée comme une poursuite de la première incapacité de travail (pas de nouveau délai de carence; pas de fourniture de prestation pendant la durée de la reprise). Des prestations seront fournies pendant une période maximale totale de 12 mois pour la première incapacité de travail et la suivante.
 - 5.2 S'il s'écoule plus de 6 mois entre la première incapacité de travail et le début de l'incapacité de travail suivante (reprise de l'emploi sous contrat de travail rémunéré), la période d'incapacité de travail suivante sera traitée comme un nouveau cas d'assurance, avec un nouveau délai de carence.

V. CAS D'EXCLUSION DE L'ASSURANCE EN SITUATION D'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

Les prestations de l'assureur sont exclues dans les cas suivants:

- Incapacité de travail suite à:
 - une incapacité de travail ou de gain déjà existante ou de maux déjà existants (en particulier maladies ou accidents), qui étaient déjà connus ou auraient dû être connus de la personne assurée au moment de son adhésion au CAC;
 - de tentatives de suicide ou de blessures corporelles intentionnelles, de consommation de drogues ou de médicaments n'ayant pas fait l'objet d'une prescription médicale;
 - la fourniture de services militaires ou similaires;
 - des jeux, courses, paris ou compétitions sportives, dans la mesure où la personne assurée participe à de telles activités;
 - tout type de vol aérien, sauf en tant que passager payant d'un vol commercial à bord d'un avion de ligne;
 - des sports aériens liés à des compétitions, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, vols avec des prototypes, vols d'essai, sauts avec des parachutes non homologués, vols en deltaplane, en parasailing ou en parapente;
 - une rixe dans laquelle la personne assurée était activement impliquée, sauf si elle avait pour but de se défendre, d'aider des personnes en danger ou de remplir des obligations professionnelles;
 - l'abus d'alcool ou de drogues;
 - la commission intentionnelle d'un délit à l'origine du sinistre;
 - des effets directs ou indirects d'une explosion, d'un dégagement de chaleur ou d'un rayonnement dû à la transmutation du noyau de l'atome;
 - une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une attaque ou un attentat terroriste, quel que soit le lieu de l'événement et quels qu'en soient les protagonistes, si que la personne assurée y a participé activement;
 - des actes de terrorisme commis directement ou indirectement au moyen de matériel radioactif, chimique, bactériologique ou viral, ou utilisant ce matériel;
 - des blessures ou dommages survenus ou subis lors de courses en véhicule à moteur, de la pratique d'arts martiaux ou de l'escalade de montagne;

- un accident ou une maladie survenue en raison d'actes intentionnels de la personne assurée.
- Incapacité partielle de travail: il y a incapacité partielle de travail si la personne assurée ne peut plus exercer son activité ou emploi dans la même mesure que jusqu'alors, mais qu'elle peut encore l'exercer de manière restreinte (à temps partiel);
- Interruption de travail liée au congé maternel légal;
- Incapacité de travail résultant d'une dépression nerveuse, d'un syndrome de fatigue chronique, d'une fibromyalgie, d'une maladie psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychologique, sauf si cette incapacité de travail nécessite une hospitalisation de plus de 15 jours consécutifs;
- Incapacité de travail suite à une lésion du disque intervertébral ou à une radiculopathie: lumbago, lombalgie, sciatique, neuropathie fémorale, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccydynie, à moins que cette atteinte ne nécessite une intervention chirurgicale pendant l'incapacité de travail.

VI. PRESTATIONS EN CAS DE CHÔMAGE

1. On entend par «**chômage**» l'interruption intégrale et durable du travail suite à un licenciement dans le cadre d'une activité salariée, licenciement sur la base duquel des prestations journalières provenant d'une assurance chômage légale sont versées à la personne assurée.
2. La prestation de l'assureur est versée mensuellement; elle correspond au montant choisi par la personne assurée au moment de son adhésion au CAC (soit CHF 1'000, soit CHF 1'800 par mois).
3. Si la personne assurée touche déjà des prestations d'assurance en raison d'une incapacité de travail et si, par ailleurs, elle se retrouve au chômage, seules les prestations pour incapacité de travail continueront à être versées (article IV). À la fin de l'incapacité de travail, il est possible, si les conditions sont remplies, de faire une demande de prestation d'assurance pour raison de chômage.
4. Les prestations de l'assureur sont fournies après expiration d'un délai de carence de 30 jours consécutifs de chômage pendant toute la durée du chômage, la durée étant cependant limitée à 12 mois par cas d'assurance. Par ailleurs, les dates de mise à terme prévues à l'article III s'appliquent.
5. Un nouveau cas de chômage entraîne uniquement un droit à l'assurance en vertu des dispositions suivantes:
 - 5.1 Si la personne assurée a repris son activité rémunérée dans un délai de 6 mois avant d'être à nouveau au chômage, la nouvelle période de chômage sera traitée comme prolongeant la première période (pas de nouveau délai de carence; pas de prestations pendant la durée de la reprise). Les prestations sont fournies pendant une durée totale maximale de 12 mois pour la première période de chômage ainsi que pour la suivante.
 - 5.2 Si plus de 6 mois s'écoulent entre la fin de la première période de chômage et le début de la suivante (nouvelle activité sous contrat de travail rémunéré), la période de chômage suivante est traitée comme un nouveau cas d'assurance avec un nouveau délai de carence de 90 jours.
6. **Revenu intermédiaire/ journées de suspension:** Si la personne assurée touche un revenu intermédiaire pendant la durée du chômage, la prestation d'assurance diminue pour le mois concerné dans la même proportion que celle de la réduction de l'allocation chômage à laquelle procède la caisse de chômage pour le mois concerné en raison du revenu intermédiaire. La prestation d'assurance diminue selon le même principe si la caisse de chômage a prononcé des journées de suspension à l'encontre de la personne assurée.
7. La réduction de l'horaire de travail (article 10.2bis LACI) n'est pas considérée comme chômage au sens des présentes conditions d'assurance.

VII. CAS D'EXCLUSION DE L'ASSURANCE EN CAS DE CHÔMAGE

Les prestations de l'assureur sont exclues dans les cas suivants:

- licenciement (ou communication du licenciement de la personne assurée) avant expiration de 90 jours à compter du début de l'assurance;
- licenciement d'une personne étant en chômage partiel au moment de la prise d'effet de la couverture d'assurance;
- chômage non indemnisé par l'assurance-chômage, ou chômage partiel;
- licenciement déjà prononcé au moment de l'adhésion de la personne assurée au CAC, ou chômage déjà en vigueur;
- grève ou chômage volontaire;
- fin d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un projet de travail spécifique, ainsi que fin d'un emploi saisonnier;
- résiliation communiquée à la personne assurée au cours d'une période d'essai, d'apprentissage ou de formation. Cela ne s'applique en cas de période d'essai directement consécutive à un cas d'assurance;
- licenciement suite à une infraction intentionnelle à des obligations importantes stipulées dans le contrat de travail;
- licenciement pour motif important en vertu de l'article 337 CO;
- licenciement si l'employeur était le conjoint ou un parent au 1^{er} degré de la personne assurée ou si la personne assurée, son conjoint ou un parent au 1^{er} degré était l'unique propriétaire, l'actionnaire majoritaire ou le représentant de l'employeur;

- si la personne assurée résilie un contrat de travail rémunéré pour occuper ensuite un nouvel emploi rémunéré auprès d'un autre employeur, un nouveau délai de carence de 90 jours débute à compter de la fin de l'ancien contrat de travail. Il n'y a pas de couverture d'assurance si le nouvel employeur résilie le nouveau contrat de travail au cours du délai de carence.

VIII. PRÉTENTION AUX PRESTATIONS

Afin de faire valoir des droits à des prestations d'assurance, la personne assurée doit utiliser les formulaires de déclaration de sinistre prévus à cet effet disponible auprès de l'assureur à l'adresse indiquée ci-dessous. Le formulaire dûment rempli doit ensuite être envoyé à l'assureur (voir adresse à la fin du présent article VIII). Afin de vérifier son obligation de prestation, l'assureur peut exiger tous les justificatifs qu'il considère nécessaires afin de pouvoir examiner les droits concernés (y compris l'autorisation de consulter le dossier afin de vérifier si la personne assurée remplissait les conditions d'inscription au moment de son adhésion à l'assurance). Il s'agit notamment:

En cas d'incapacité intégrale de travail

- copies du dernier contrat de travail et du dernier bulletin de salaire;
- certificat ou constat médical qui (a) renseigne sur les causes et caractéristiques de la maladie ou lésion corporelle ainsi que sur le pronostic correspondant et (b) détermine la durée présumée de l'incapacité de travail;
- en cas d'accident: une copie du rapport de police (le cas échéant);
- déclaration d'absence du lieu de travail suite à la maladie ou l'accident (délivrée par l'employeur).

En cas de chômage

- copies du dernier contrat de travail et du dernier bulletin de salaire;
- copie de la lettre de licenciement;
- copie de l'inscription et de la demande d'indemnisation chômage auprès d'une caisse de chômage;
- copies des décomptes mensuels de prestations versées par la caisse de chômage.

Si le cas d'assurance dure plus d'un mois, l'assureur peut exiger une preuve de la continuation du cas d'assurance (attestation de suivi) pour chaque mois supplémentaire au cours duquel la personne assurée demande une prestation. Les rapports médicaux et attestations médicales doivent dans tous les cas être délivrés par un médecin établi en Suisse. Tous les documents doivent être fournis dans une des langues nationales de la Suisse. Les coûts liés aux justificatifs mentionnés ci-dessus sont assumés par la personne assurée. Par ailleurs, l'assureur peut, à ses propres frais, se procurer ou demander d'autres justificatifs et exiger d'autres examens médicaux qui lui semblent indispensables pour décider du droit à la prestation. Dans ce contexte, l'assureur est en droit de contacter directement les médecins. Par la présente, la personne assurée dégage les médecins traitants ainsi que tous les autres collaborateurs d'institutions, d'autorités et autres instances mentionnées dans les documents produits pour le cas d'assurance ou impliqués en quoi que ce soit dans le traitement médical de leur obligation de secret médical/professionnel, dans la mesure nécessaire à la constatation de l'obligation de couverture (y compris la vérification des conditions d'inscription). Par la présente, la personne assurée dégage également les services officiels, les employeurs ainsi que les autres assureurs et assureurs sociaux (notamment l'office de l'AI ou la caisse de chômage compétents) de leur obligation de secret ou de confidentialité en vigueur, à l'égard de l'assureur. Elle autorise expressément ces services à fournir des renseignements et l'assureur à consulter les décisions et dossiers d'autres assureurs et assureurs sociaux impliqués dans le même sinistre (notamment l'office de l'AI ou la caisse de chômage compétents). Si, dans le cadre du traitement du sinistre, l'assureur exige une autorisation écrite correspondante et/ou la levée du secret professionnel pour clarifier l'obligation de prestation en cas de sinistre, cette autorisation doit être accordée sans délai.

Les documents évoqués ci-dessus ou demandés en sus doivent être envoyés à l'adresse suivante dès la survenance d'un cas d'assurance:

AXA Assurances SA
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse 40
8400 Winterthur

Vous pouvez également soumettre votre cas d'assurance en ligne, de manière rapide et pratique, via le site web suivant:
www.cipnet.com/customer/homeechf

IX. MODIFICATIONS DES PRIMES OU DES CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE / AVIS D'INFORMATION

1. L'assureur peut exiger à tout moment une modification des primes et/ou CGA et ce, aussi bien pour les risques déjà existants que pour les nouveaux risques. L'assureur informe par écrit les personnes assurées des modifications au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur. Les avis d'information sont considérés comme ayant fait l'objet d'une notification valide à compter du moment où elles ont été envoyées à la dernière adresse de correspondance connue de l'assureur ou de la Banque.
2. Si la personne assurée n'est pas d'accord avec les modifications, elle peut mettre fin à la couverture d'assurance en informant la Banque et en respectant un délai de 30 jours avant la fin du mois.

X. PRIME

1. En sa qualité de preneur d'assurance et de débitrice des primes à l'encontre de l'assureur, la Banque répercute les primes dues sur la personne assurée. La personne assurée est redevable de sa prime à la Banque, qui la réclame à la personne assurée.
2. Lors de la remise de la déclaration d'adhésion au CAC, la personne assurée peut choisir, parmi les intervalles de paiement proposés, la date à laquelle elle paiera sa prime à la Banque (par exemple trimestriellement ou mensuellement). La première prime est due à la date d'entrée en vigueur de l'assurance; les primes suivantes sont dues en fonction de l'intervalle de paiement choisi.
3. La personne assurée est tenue de payer sa prime à la Banque, y compris pendant la période où elle perçoit des prestations en vertu du présent CAC.

XI. FIN / RETARD DE PAIEMENT

1. La personne assurée peut mettre fin à l'assurance par communication à la Banque, à l'attention de l'assureur, et ce, dans un délai de 30 jours à compter du début de l'assurance. Dans ce cas, la couverture d'assurance est résiliée sans frais et les primes déjà versées à la Banque par la personne assurée lui seront intégralement remboursées.
2. La personne assurée est en droit de résilier la présente couverture d'assurance avec effet à la fin d'une année d'assurance, moyennant un préavis de 30 jours. La résiliation doit être envoyée par courrier ou par e-mail à la Banque à l'attention de l'assureur. En cas d'une telle résiliation, la couverture d'assurance expire à la fin de l'année d'assurance concernée.
3. L'assureur et la Banque se réservent le droit de mettre fin à la couverture d'assurance à la fin d'une année d'assurance moyennant un préavis d'au moins 30 jours (notification conformément à l'article IX.1, dernière phrase).
4. Si la prime due par la personne assurée n'est pas versée dans les délais à la date d'échéance prévue à l'article X.2, la Banque est en droit d'exiger par écrit ou sous toute autre forme écrite (par exemple par e-mail) de la personne assurée, en l'informant des suites du retard, de procéder au paiement sous de 14 jours suivant l'envoi de la mise en demeure. Si la prime n'est pas versée dans les délais malgré un tel rappel, l'obligation de prestation de l'assureur est suspendue après expiration des 14 jours mentionnés.
5. Toute notification de la fin de la couverture d'assurance doit être envoyée à l'autre partie par courrier ou sous une autre forme écrite (par exemple par e-mail).

XII. FOURNITURE DES PRESTATIONS

L'assureur verse les prestations d'assurance directement à la personne assurée.

XIII. PROTECTION DES DONNÉES

Vous trouverez des informations sur l'utilisation de vos données sur: www.AXA.ch/protection-donnees. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. La personne assurée est en droit d'exiger qu'AXA lui transmette les informations prévues par la loi sur le traitement des données la concernant.

XIV. DROIT APPLICABLE

Les droits de la personne assurée prévus par le contrat d'assurance collectif sont soumis à la législation suisse.

XV. FOR JURIDIQUE

Pour le lieu de juridiction compétente, la personne assurée a le choix entre: Winterthour (siège de l'assureur) ou lieu de domicile suisse de la personne assurée.