

# INFORMATION A LA CLIENTELE SELON LA LCA

## PaymentProtect pour les cartes de crédit Cembra Money Bank SA

La communication à la clientèle ci-dessous donne un aperçu clair et succinct de l'identité de l'assureur et des principaux éléments du contrat d'assurance (art. 3 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance, LCA). Les droits et devoirs de l'assuré résultent des conditions générales d'assurance (CGA), de la déclaration d'adhésion, de l'attestation d'assurance ainsi que des lois applicables, notamment la LCA.

### Qui est l'assureur ?

Votre assureur est AXA Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, ci-dessous « **AXA** ».

### Qui s'occupe de traiter les prestations et la correspondance ?

Veillez adresser toute correspondance concernant votre couverture d'assurance à AXA Assurances SA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, téléphone 0848 000 398, fax 0848 000 425.

### Qui est le preneur d'assurance ?

Le preneur d'assurance et débiteur de la prime est Cembra Money Bank SA (« **la banques** »). La banque a conclu avec AXA un contrat d'assurance collective en faveur des assurés.

### Qui sont les assurés ?

Les assurés sont les personnes qui remplissent les conditions d'admission au sens des CGA, ont déclaré leur adhésion au contrat d'assurance collectif envers la banque destiné à AXA et ont reçu l'attestation d'assurance de la part de la banque.

### Quels risques sont assurés ?

Les risques assurés sont l'incapacité totale de travail, le séjour hospitalier (pour tous les assurés) ainsi que le chômage (pour les assurés dans un rapport de travail rémunéré) ou alternativement la maladie grave (pour les indépendants).

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

La couverture d'assurance suivante existe :

- Après 30 jours d'incapacité totale de travail, de séjour hospitalier ou de chômage, l'assureur paie 5% du montant dû sur le compte de l'assuré lors de la dernière facturation de la carte de crédit assurée avant la survenance du sinistre (1<sup>er</sup> jour de congé maladie, de séjour hospitalier ou annonce du licenciement) (ci-après le « **solde négatif assuré** »). Si l'incapacité totale de travail, le séjour hospitalier ou le chômage se prolongent, l'assureur paie après 60 jours d'incapacité totale de travail, de séjour hospitalier ou de chômage 5% supplémentaires du solde négatif assuré. Si l'incapacité totale de travail, le séjour hospitalier ou le chômage se prolonge encore, l'assureur paie après 90 jours d'incapacité totale de travail, de séjour hospitalier ou de chômage encore 90% du solde négatif assuré.
- En cas de maladie grave (uniquement pour les assurés indépendants), l'assureur verse une prestation unique après un délai d'attente de 30 jours, auquel l'assuré doit survivre. Elle correspond à 100% du montant dû sur le compte de l'assuré lors de la dernière facturation de la carte de crédit assurée avant la survenance du sinistre.
- La prestation de l'assureur pour un sinistre se limite à CHF 15 000 et pour chaque assuré à 3 sinistres au total (maximum CHF 45 000).

### Comment se déroule le paiement des prestations ?

AXA verse toutes les prestations d'assurance à la banque. La prestation d'assurance y sera créditée sur votre compte ; le solde négatif assuré de votre compte (comme décrit ci-dessus et dans les CGA) sera payé à la banque à concurrence des prestations d'AXA.

### Quand débute la couverture d'assurance ?

La couverture d'assurance débute pour tous les risques après un délai de carence de 60 jours, calculé à partir de la date indiquée sur l'attestation d'assurance.

### Combien de temps dure la couverture d'assurance et quand se termine-t-elle ?

La couverture d'assurance est toujours conclue pour la durée d'un mois, reconduite tacitement à chaque fois pour un mois. Le contrat d'assurance prévoit dans les CGA différents motifs et diverses possibilités de mettre fin au contrat d'assurance. On peut les résumer ainsi :

La couverture d'assurance se termine notamment en particulier lors de la survenance d'un des événements suivants aux dates indiquées dans chaque cas :

- à la date de la fin du contrat de carte de crédit, ou au jour où le compte auprès de la banque est compensé et soldé ;
- à la date où le montant total encore dû selon le contrat de carte de crédit devient exigible de manière anticipée, en particulier lors de résiliation pour cause de retard, de faillite ou similaire de l'assuré ;
- au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré ou au jour du départ ordinaire à la retraite ou de la retraite anticipée de l'assuré ;
- au jour où l'assureur a versé une prestation d'assurance pour une maladie grave pour l'assuré aux termes de contrat ;
- au jour où l'assureur a versé des prestations d'assurance pour 3 sinistres (maximum CHF 45 000) pour l'assuré au terme de ce contrat ;
- au jour où l'assuré commence une activité lucrative de quelque sorte que ce soit en dehors de la Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein ;
- au jour de la fin de la couverture d'assurance ;
- au jour du décès de l'assuré.

Vous pouvez en particulier mettre fin à la couverture d'assurance (toujours par annonce écrite à Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurich à l'attention d'AXA):

- en tout temps dans les 30 jours depuis le début de l'assurance ;
- après les 30 premiers jours à condition de respecter un délai de 30 jours pour la fin d'un mois ;
- lorsqu'AXA modifie les primes ou les conditions d'assurance ; l'annonce écrite doit dans ce cas être reçue avant le jour à partir duquel les modifications dont AXA vous a informées entrent en vigueur.

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

- par annonce écrite à votre attention moyennant un préavis d'au moins 30 jours pour la fin d'un mois ;
- lorsque vous êtes en retard du paiement des primes envers la banque et avez été averti en vain.

### Quel est le montant de la prime ?

Le montant de votre prime est indiqué dans la déclaration d'adhésion et l'attestation d'assurance. Vous devez votre prime à la banque qui vous établit chaque mois une facture, y compris le droit de timbre fédéral. Les modifications de prime pendant la durée de l'assurance sont réservées.

### **Quelles sont les obligations de l'assuré ?**

- Information sur l'état de fait : lors de déclarations à l'assurance – comme par ex. concernant les violations du devoir d'informer, les aggravations de risque, les contrôles de performance, etc., vous devez collaborer et remettre à AXA toutes les informations et tous les documents utiles, les demander aux tiers à l'attention d'AXA et autoriser par écrit les tiers de remettre à AXA les informations, documents, etc. correspondants. AXA est autorisée de procéder à ses propres investigations.
- Cas d'assurance : le sinistre doit être annoncé immédiatement à AXA.

### **Comment est-ce qu'AXA traite vos données ?**

AXA utilise les données liées à votre assurance notamment pour la fixation des primes, la détermination du risque et le traitement de cas d'assurance. AXA peut associer pour le traitement des données dans le cadre de votre assurance l'entreprise-mère, ses sociétés affiliées et d'autres entreprises du groupe ainsi que des succursales dans d'autres pays de l'Espace économique européen ainsi qu'en Suisse. De surcroît, en cas de sinistre, les données des personnes, y compris la correspondance échangée à cette occasion, peuvent être transférées à la banque. Les données seront sauvegardées physiquement ou électroniquement. Vous avez droit comme assuré d'exiger de la part d'AXA les informations prévues par la loi sur le traitement des données vous concernant.

# CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)

POUR LA COUVERTURE D'ASSURANCE EN CAS D'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL, DE SÉJOUR HOSPITALIER, DE CHÔMAGE/MALADIE GRAVE

## PaymentProtect

AXA Assurances SA concernant les contrats de carte de crédit avec Cembra Money Bank SA

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

La base de votre couverture d'assurance est un contrat d'assurance collectif conclu entre Cembra Money Bank SA (« **la banque** ») et l'assureur (« **contrat d'assurance collectif** »). Le preneur d'assurance et débiteur des primes au sens du contrat d'assurance collectif est la banque. Vous êtes partie à ce contrat d'assurance collective et seront désigné ci-dessous comme « **assuré** ». Les prétentions à l'assurance de l'assuré se portent exclusivement contre l'assureur. Il n'y a aucun droit contre la banque en cas de sinistre.

Veillez lire soigneusement ces CGA et les conserver en lieu sûr. Votre couverture d'assurance individuelle se fonde sur :

- les dispositions des présentes CGA ;
- les indications et informations contenues dans l'attestation d'assurance établie par la banque au nom de l'assureur ;
- les dispositions contenues dans votre déclaration d'adhésion.

En complément, les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) ainsi que du Code suisse des obligations (CO) s'appliquent.

## I. CONDITIONS D'ADHÉSION ET DÉFINITIONS

La couverture d'assurance n'est octroyée qu'aux personnes qui remplissent les conditions suivantes au moment de leur adhésion au contrat d'assurance collectif, soit les personnes qui :

1. ont conclu en qualité de détenteur principal de la carte un contrat de carte de crédit (« **le contrat de carte de crédit** ») avec la banque ;
2. ont confirmé l'adhésion au contrat d'assurance collectif et se sont déclarées prêtes à payer les primes mensuelles répercutées par la banque ;
3. sont âgés d'au moins 18 ans et de moins de 65 ans ;
4. soit qui bénéficient d'un emploi fixe et rémunéré sur la base d'un contrat de travail à durée indéterminée et non-résilié et travaillent au moins 18 heures par semaine auprès du même employeur (ci-dessous « **dans un rapport de travail rémunéré** ») ou exercent une activité indépendante à long terme en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein ;
5. sont domiciliés en Suisse, dans la Principauté du Liechtenstein, en Allemagne, en France ou en Italie ; et
6. n'ont aucune connaissance d'un licenciement imminent d'un rapport de travail rémunéré.

## II. DÉBUT DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La couverture d'assurance débute pour tous les risques assurés 60 jours après la date indiquée sur l'attestation d'assurance (« **délai de carence** »).

## III. FIN DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

Sous réserve des possibilités de résiliation selon l'art. XIII, la couverture d'assurance se termine toujours pour la fin d'un mois et se renouvelle automatiquement à chaque fois pour un nouveau mois, jusqu'à l'une des dates suivantes :

- La date où le contrat de carte de crédit se termine ou le jour où le compte résilié auprès de la banque est compensé en soldé ;
- la date à laquelle le montant total encore dû en raison du contrat de carte de crédit devient exigible de manière anticipée, notamment en cas de résiliation suite à un retard, de faillite ou similaire de l'assuré ;
- le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré ;
- le jour du départ ordinaire à la retraite ou de la retraite anticipée de l'assuré ;
- le jour où l'assureur a versé pour l'assuré une prestation d'assurance pour maladie grave selon ce contrat (selon art. VIII) ;
- le jour où l'assuré a versé pour l'assuré des prestations d'assurance pour 3 sinistres (maximum CHF 45 000) selon ce contrat ;
- le jour où l'assuré commence une activité lucrative de quelque sorte que ce soit en dehors de la Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein ;
- le jour de la fin de la couverture d'assurance (selon l'art. XIII.);
- le jour du décès de l'assuré.

## IV. PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ COMPLÈTE DE TRAVAIL OU DE SÉJOUR HOSPITALIER

1. L'« **incapacité totale de travail** » (ci-après pour faciliter la lecture aussi appelée « **incapacité de travail** ») signifie chaque cessation temporaire de travail en raison d'une incapacité totale (100%), de l'assuré (suite

à une maladie ou à un accident), d'exercer l'emploi ou l'activité habituel. Cette incapacité doit être constatée dans un certificat médical. L'assureur peut exiger de l'assuré un examen par un médecin indépendant désigné par l'assureur. De surcroît, le cas d'assurance doit survenir pendant la durée d'un rapport de travail rémunéré de l'assuré (comme expliqué à l'art. I).

2. Le « **séjour hospitalier** » signifie le traitement médical entièrement stationnaire de l'assuré en raison d'une maladie ou d'un accident. Le cas de sinistre débute avec l'admission stationnaire à l'hôpital. Il se termine quand aucun soin entièrement stationnaire n'est plus nécessaire pour des raisons médicales. Si le traitement doit être étendu à une autre maladie qui n'est pas liée à celle traitée jusqu'alors, un nouveau sinistre survient. Les examens et les traitements pendant la grossesse, l'accouchement ou l'interruption de grossesse ne sont pas des cas d'assurance.
3. La prestation de l'assureur est versée comme suit : (a) après 30 jours d'incapacité de travail ou de séjour hospitalier (ci-après « **délai de carence** »), l'assureur paie 5% du solde négatif assuré. Le « **solde négatif assuré** » est le montant dû sur le compte de l'assuré lors de la dernière facturation de la carte de crédit assurée avant la survenance du sinistre (1<sup>er</sup> jour de congé maladie, de séjour hospitalier ou annonce du licenciement). (b) Si l'incapacité de travail ou le séjour hospitalier se prolongent, l'assureur paie après 60 jours d'incapacité de travail ou de séjour hospitalier 5% supplémentaires du solde négatif assuré. (c) Si l'incapacité de travail ou le séjour hospitalier se prolonge encore, l'assureur paie après 90 jours d'incapacité de travail ou de séjour hospitalier encore 90% du solde négatif assuré.
4. La prestation de l'assureur pour un sinistre se limite à CHF 15 000 et pour chaque assuré à 3 sinistres au total (maximum CHF 45 000).
5. Une nouvelle incapacité de travail entraîne uniquement un nouveau droit à l'assurance - indépendamment de la cause -, si les conditions suivantes sont remplies :
  - 5.1 Si l'assuré a repris son travail rémunéré dans les 6 mois avant la survenance de la nouvelle incapacité de travail, la nouvelle période d'incapacité de travail sera considérée comme la continuation de la première (pas de nouveau délai de carence, pas de versement de prestation pendant la durée de la reprise). La première incapacité de travail et les suivantes sont considérés comme un seul sinistre pour lequel 3 prestations d'un montant jusqu'à 100% du solde négatif assuré, mais au maximum de CHF 15 000 seront versés au sens de la réglementation selon l'art. IV.
  - 5.2 S'il y a plus de 6 mois entre la fin de la première et le début de la nouvelle incapacité de travail (nouvelle occupation dans un rapport de travail rémunéré), la nouvelle période d'incapacité de travail sera traitée comme un nouveau cas d'assurance avec un nouveau délai de carence.

## V. CAS D'EXCLUSION DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE LORS D'UNE INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL OU D'UN SÉJOUR HOSPITALIER

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

- Incapacité de travail due :
  - à une incapacité de travail ou de gain déjà existante ou de troubles déjà existants (en particulier des maladies ou des accidents), qui étaient connus ou aurait dû être connus de l'assuré lors de l'adhésion au contrat d'assurance collectif ;
  - à une tentative de suicide, des blessures intentionnelles, la consommation de drogues ou de médicaments non-prescrits par un médecin ;
  - au service militaire ou semblable ;
  - aux suites de maladie ou d'accident dues aux actes illégaux de l'assuré, y compris les suites d'une dépendance chronique à l'alcool ;
  - à des troubles de la colonne vertébrale ou blessures accidentelles de la colonne vertébrale, à moins que ceux-ci ne puissent être attestés par une radiographie ou une image à résonance magnétique (IRM) ;
  - au SIDA ou aux suites du SIDA ;
- Incapacité de travail partielle : c'est le cas lorsque l'assuré ne peut plus exercer son occupation ou activité habituelle dans la même mesure mais seulement de manière limitée (par heure) ;
- Interruption du travail en relation avec le congé maternité légal ;
- Arrêt ou incapacité de travail en raison de problèmes ou de maladie psychiques (y compris la dépression), à moins que l'assuré ne prouve le problème ou la maladie psychique par une attestation d'un médecin spécialisé ;

- Toute augmentation du découvert du compte pendant un sinistre en cours n'est pas pris en compte pour le calcul de la prestation d'assurance.

## VI. PRESTATIONS EN CAS DE CHÔMAGE

1. Le « **chômage** » signifie l'interruption complète et durable du travail suite à un licenciement d'un rapport de travail rémunéré, en raison de laquelle l'assuré touche des prestations complètes d'une assurance-chômage selon la Loi sur l'assurance-chômage.
2. La prestation de l'assureur sera versée comme suit : (a) après 30 jours de chômage (délai de carence, l'assureur paie 5% du solde négatif assuré. Le « **solde négatif assuré** » est le montant dû sur le compte de l'assuré lors de la dernière facturation de la carte de crédit assurée avant la survenance du sinistre (1<sup>er</sup> jour de congé maladie, de séjour hospitalier ou annonce du licenciement). (b) Si le chômage se prolonge, l'assureur paie après 60 jours de chômage 5% supplémentaires du solde négatif assuré. (c) Si le chômage se prolonge encore, l'assureur paie après 90 jours de chômage encore 90% du solde négatif assuré.
3. La prestation de l'assureur pour un sinistre se limite à CHF 15 000 et pour chaque assuré à 3 sinistres au total (maximum CHF 45 000).
4. Si l'assuré touche déjà des prestations d'assurance en raison d'une incapacité de travail ou d'un séjour hospitalier et qu'il perd encore son travail, seules les prestations d'assurance en raison de l'incapacité de travail ou du séjour hospitalier continueront à être versées (art. IV). Après la fin de l'incapacité de travail, une demande peut être faite pour une prestation d'assurance pour chômage, dans la mesure où à ce moment les conditions sont remplies.
5. Un nouveau chômage permet uniquement un droit à l'assurance sous les conditions suivantes :
  - 5.1 Si l'assuré a repris son occupation dans les 6 mois avant la survenance du nouveau chômage, la nouvelle période de chômage sera traitée comme la suite de la première (pas de nouveau délai de carence, pas de versement de prestation pendant la durée de la reprise). La première et la seconde période de chômage sont considérés comme un seul sinistre pour lequel des prestations d'un montant jusqu'à 100% du solde négatif assuré, mais au maximum de CHF 15 000 seront versés au sens de la réglementation selon l'art. VI.2.
  - 5.2 S'il y a plus de 6 mois entre la fin de la première et le début de la nouvelle période de chômage (nouvelle occupation dans un rapport de travail rémunéré), la nouvelle période de chômage sera traitée comme un nouveau cas d'assurance avec un nouveau délai de carence de 60 jours.

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

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

- Licenciement (ou résiliation par l'assuré) avant le 60<sup>ème</sup> jour depuis le début de l'assurance ;
- Chômage qui n'est pas couvert par l'assurance-chômage ou chômage partiel ;
- Chômage en raison d'une résiliation du contrat de travail déjà annoncée à l'assuré au moment de l'adhésion au contrat d'assurance collectif ou chômage déjà existant lors de la signature du contrat de crédit
- Grève ou chômage volontaire ;
- Fin d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un projet de travail spécifique ;
- Résiliation annoncée à l'assuré pendant la durée d'une période d'essai, d'apprentissage ou de formation. Cela ne s'applique pas à une période d'essai qui suit immédiatement un cas d'assurance ;
- Licenciement en raison d'une violation volontaire des obligations fondamentales du contrat de travail ;
- Licenciement pour justes motifs selon l'art. 337 CO ;
- Si l'assuré résilie un rapport de travail rémunéré pour reprendre ensuite un nouveau rapport de travail rémunéré avec un nouvel employeur, un nouveau délai de carence de 60 jours commence à la fin de l'ancien rapport de travail. Si le nouvel employeur résilie le contrat nouveau rapport de travail pendant ce délai de carence, il n'y a pas de couverture d'assurance.

## VIII. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE GRAVE

1. Au lieu du risque « **Chômage** » (selon l'art. VI.), les assurés qui exercent une activité indépendante durable sont assurés selon ces CGA contre le risque « **maladie grave** ». Si l'assuré remplit au moment de l'adhésion au présent contrat d'assurance collectif les conditions d'assurabilité dans l'assurance en cas de maladie grave et débute pendant la durée de l'assurance un rapport de travail rémunéré, l'assurance en cas de maladie grave se transforme en assurance chômage et inversement. Les prestations de l'assurance en cas de maladie de grave et de l'assurance en cas de chômage ne peuvent pas être demandées simultanément.

2. En cas de survenance d'une maladie grave, l'assureur verse une prestation unique après un délai de carence de 30 jours auquel l'assuré doit survivre. Elle correspond à 100% du montant dû sur le compte de l'assuré lors de la dernière facturation de la carte de crédit assurée avant la survenance du sinistre (jour de survenance de la maladie grave selon l'attestation d'un médecin).
3. La prestation de l'assureur pour un cas d'assurance est limitée à CHF 15 000. Après le versement de la prestation d'assurance en cas de maladie grave, la couverture d'assurance se termine à l'égard de la personne assurée pour tous les risques assurés.
4. Il y a « **maladie grave** » au sens de ces conditions lorsque l'existence d'une ou de plusieurs des maladies suivantes est attestée par un médecin établi :

### 4.1 Infarctus

La première apparition d'un infarctus, c'est-à-dire la mort d'une partie du muscle du cœur suite à une irrigation sanguine insuffisante du muscle cardiaque (myocarde). Le diagnostic doit être fait par un cardiologue selon les règles de la Société suisse de cardiologie et être prouvée par les douleurs thoraciques typiques, l'augmentation des enzymes typiques du cœur et des modifications récentes et typiques de l'ECG. L'angine de poitrine est exclue.

**Explication simplifiée :** un infarctus (ou infarctus du myocarde) se produit lorsqu'une zone du muscle cardiaque meurt à cause d'une alimentation insuffisante en oxygène. La cause en est la fermeture subite d'une artère coronarienne.

### 4.2 Accident vasculaire cérébral avec suites durables

Lésion durable du cerveau par une attaque cérébrale subie par une hémorragie cérébrale, une thrombose ou une embolie, prouvée par le diagnostic d'un neurologue/psychiatre sur la base d'un diagnostic par imagerie (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique). La perte durable de capacités neurologiques doit aussi être prouvée par le médecin. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont exclus.

**Explication simplifiée :** le cerveau contrôle toutes les fonctions du corps. Des lésions dans cette zone peuvent donc avoir des conséquences sérieuses. Un accident vasculaire cérébral (ou attaque cérébrale) se produit lorsque le cerveau est fortement endommagé par des hémorragies internes ou lorsque l'alimentation en sang et en oxygène est diminuée à cause d'une artère bouchée et qu'il y a donc un manque aigu de sang. Une attaque ischémique transitoire (AIT) est un trouble de l'irrigation sanguine de courte durée. Les symptômes disparaissent sans suites après 24 heures.

### 4.3 Cancer grave

Existence d'une tumeur maligne (cancéreuse) prouvée histologiquement (= par un examen des tissus fins ou microscopiques) qui dépasse le stade T1, caractérisée par une croissance indépendante, une tendance à la croissance (= pénétration dans les tissus étrangers) et à la métastase (= formation de métastases). Le terme « cancer grave » englobe aussi les formes malignes de cancer du sang, des organes hématopoïétiques et du système lymphatique y compris la leucémie (= cancer du sang), les lymphomes et la maladie de Hodgkin (= cancer des glandes lymphatiques).

Sont cependant exclus :

- toutes les maladies cancéreuses en cas d'infection VIH simultanée
- les stades précurseurs des maladies cancéreuses comme par ex. des carcinomes non invasives (y compris dysplasie du col de l'utérus CIN-1, CIN-2 et CIN-3), autres tumeurs pré-malignes ou semi-malignes
- toutes les tumeurs de la prostate qui ne sont pas histologiquement désignées comme au minimum stade B (II) ou T2
- toutes les tumeurs de la peau à l'exception de tous les mélanomes invasifs malins (= mélanomes noirs) ; ceux-ci sont couverts à partir du stade T2.

**Explication simplifiée :** le terme « cancer » comprend tous les types de tumeurs malignes qui sont aptes à disséminer des cellules cancéreuses. Il existe au contraire des tumeurs appelées bénignes sans tendance à la dissémination. Les tumeurs malignes peuvent grandir rapidement, pénétrer les tissus environnants et les cellules cancéreuses peuvent progresser vers d'autres parties du corps par la circulation sanguine et le système lymphatique. Les tumeurs continuent leur croissance si elles ne sont pas détruites ou ôtées.

### 4.4 Défaillance irréversible des reins

Défaillance finale qui n'est plus réversible des deux reins, en raison de la laquelle une dialyse régulière doit être effectuée. Le diagnostic doit être attesté par un néphrologue.

**Explication simplifiée :** la tâche des reins est de filtrer les déchets dans le sang. Lorsque les reins ne fonctionnent pas correctement, les

déchets s'accumulent dans le sang, ce qui peut entraîner des problèmes de santé graves qui peuvent entraîner la mort. Si un rein défaille, le second peut reprendre sa tâche. Dès que les deux reins ne sont plus en mesure de filtrer le sang, cette tâche doit être assurée par une machine de dialyse ou une transplantation d'organe est envisagée.

#### 4.5 Sclérose en plaques

Le diagnostic par un neurologue/psychiatre d'une sclérose en plaques où la maladie cause plus d'une poussée de défaillances neurologiques clairement définies et multiples, qui sont démontrés par la démyélinisation du cerveau et de la moelle épinière. Il doit aussi être prouvé par le diagnostic que des symptômes existent pendant une période ininterrompue de six mois qui comprennent une combinaison d'atteintes au nerf optique, au tronc cérébral, à la moelle épinière et à la coordination des fonctions sensorielles.

**Explication simplifiée :** la sclérose en plaques est une maladie progressive du système nerveux central où la couche protectrice autour des fibres nerveuses (myéline) dans le cerveau et la moelle épinière est détruite. Les symptômes sont divers selon la zone du cerveau ou de la moelle épinière qui est atteinte. L'évolution de la maladie varie nettement. Des exemples de symptômes neurologiques sont des problèmes de coordination, une démarche maladroite et des troubles des fonctions de la vessie et du sphincter.

#### 4.6 Transplantations d'organe importants, dans la mesure où l'assuré est récepteur de l'organe

Transplantation complète réussie ou enregistrement officiel sur la liste d'attente pour la transplantation du cœur, des poumons, du foie, des reins, du pancréas ou de la moelle osseuse. La nécessité médicale de la transplantation doit être confirmée par un médecin spécialisé selon les règles médicales pertinentes et l'assuré doit être le récepteur. Les transplantations de cellules souches sont exclues.

**Explication simplifiée :** les maladies ou blessures graves peuvent tant endommager des organes que le traitement ne peut se faire que par l'élimination de l'organe malade et la transplantation d'un sain. Il y a de longues listes d'attente pour beaucoup d'organes car il n'y a pas assez de greffons à disposition.

### IX. CAS D'EXCLUSION D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

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

- Lorsque la maladie grave est la conséquence d'une incapacité de travail ou de gain déjà existant ou d'un trouble déjà existant (en particulier de maladie ou d'accident qui étaient connus ou aurait dû être connus de l'assuré lors de l'adhésion au contrat d'assurance collectif ;
- Maladie grave suite à des radiations ionisantes ou une irradiation radioactive.

### X. DROIT AUX PRESTATIONS

Pour faire valoir des droits à des prestations d'assurance, l'assuré doit utiliser le formulaire de sinistre destiné à cette fin que l'assuré peut demander à l'assureur à l'adresse ci-dessous. Le formulaire rempli doit ensuite être renvoyé à l'attention de l'assureur (cf. adresse mentionnée à la fin du présent art. X). Pour examiner une obligation de prestation, l'assureur peut exiger toutes les preuves nécessaires qui sont pertinentes pour la demande en question (y compris l'accès au dossier, pour vérifier si l'assuré remplissait les conditions d'acceptation lors de l'adhésion à l'assurance). Il s'agit en particulier de :

#### En cas d'incapacité totale de travail, de séjour hospitalier ou de maladie grave :

- une copie du dernier contrat de travail et de la dernière fiche de salaire ;
- pour les indépendants, une preuve de l'activité indépendante (par ex. extrait du registre du commerce, attestation de la caisse de compensation ou preuve similaire des professions libérales) ;
- certificat ou une constatation d'un médecin qui (a) donne des informations au sujet des causes et des caractéristiques de la maladie ou de la blessure physique ainsi qu'au sujet du pronostic concernant la maladie ou la blessure et (b) qui détermine la durée vraisemblable de l'incapacité de travail ;
- en cas d'accident, une copie du rapport de police (le cas échéant) ;
- une déclaration d'absence de la place de travail suite à la maladie ou à l'accident (document de la part de l'employeur).

#### En cas de chômage

- des copies du dernier contrat de travail et de la dernière fiche de salaire ;
- une copie de la lettre de résiliation ;
- une copie de l'annonce et de la prétention à une indemnité de chômage auprès d'une caisse d'assurance chômage ;
- des copies des décomptes mensuels des paiements d'indemnités par la caisse d'assurance chômage.

Les rapports ou les attestations médicales doivent dans tous les cas être émis par un médecin établi en Suisse, en France, en Italie, en Allemagne ou dans la principauté de Liechtenstein. Tous les documents doivent être remis dans une des langues nationales suisses. Les frais liés aux preuves

susnommées sont assumés par l'assuré. L'assureur peut en plus se procurer ou demander d'autres preuves à ses propres frais et exiger d'autres examens médicaux qui lui semblent nécessaires pour la décision concernant la constatation du droit. Dans ce contexte, l'assureur a le droit de contacter directement les médecins traitants. L'assuré délègue par la présente du secret médical, dans la mesure où cela est nécessaire pour constater le devoir de couverture (y compris la vérification des conditions d'acceptation), les médecins traitants ainsi que tous les autres collaborateurs d'institutions, et les autorités qui sont nommées dans les documents fournis dans le cas de prestation ou qui ont participé au traitement curatif. Les documents mentionnés ci-dessus ou ceux qui sont exigés en sus doivent être envoyés immédiatement après la survenance d'un sinistre à l'adresse suivante :

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

### XI. MODIFICATION DES PRIMES OU DES CGA / COMMUNICATIONS

1. L'assureur peut en tout temps exiger une modification des primes et/ou des CGA, tant pour les risques existants que pour les nouveaux. L'assureur informe les assurés par écrit des modifications pertinentes, au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur. Toutes les communications sont considérées comme valablement transmises si elles sont envoyées à la dernière adresse postale connue de l'assureur ou de la banque.
2. Si l'assuré n'est pas d'accord avec les modifications, il peut résilier la couverture d'assurance moyennant préavis de 30 jours pour la fin du mois, par écrit à la banque.

### XII. PRIME

1. La banque comme preneur d'assurance et débiteur de primes envers l'assureur, répercute sa dette de primes sur l'assuré. L'assuré doit la prime répercutée de la banque, que celle-ci exige avec les traites de crédit mensuelles et le droit de timbre fédéral.
2. La première prime est exigible à la date du début de l'assurance, les suivantes les mois suivants, toujours avec les traites de crédit mensuelles selon le contrat de crédit.
3. La prime est mensuelle. L'assuré doit également payer les primes mensuelles à la banque pendant les périodes où elle reçoit des prestations selon le présent contrat d'assurance collectif.

### XIII. FIN / RETARD DE PAIEMENT

1. L'assuré peut mettre fin à la couverture d'assurance en l'annonçant par écrit à la banque à l'attention de l'assureur dans les 30 jours depuis son adhésion au contrat d'assurance collectif. Dans ce cas, la couverture d'assurance est dissolue sans frais et la prime d'assurance déjà versée par l'assuré sera remboursée en totalité.
2. Après l'expiration des 30 premiers jours, l'assuré peut mettre fin à la couverture d'assurance par une annonce écrite à la banque à l'attention de l'assureur, moyennant un délai d'au moins 30 jours pour la fin d'un mois. En cas d'une telle résiliation, la couverture d'assurance s'éteindra à la fin du mois en question.
3. L'assureur et la banque se réservent le droit de résilier la couverture d'assurance par écrit moyennant un délai d'au moins 30 jours pour la fin d'un mois (communication selon l'art. XI.1, dernière phrase).
4. Si la prime due par l'assuré n'est pas payée à la date d'échéance selon l'art. XII.2, la banque est en droit d'exiger par écrit de l'assuré, sous peine de déchéance de ses droits aux frais de l'assuré, de payer dans les 14 jours depuis l'envoi du rappel. Si la prime n'est pas payée dans les délais malgré un tel rappel, l'obligation de fournir des prestations de l'assureur s'éteint après lesdits 14 jours.

### XIV. FOURNITURE DE PRESTATIONS ET CESSION

L'assureur fournit les prestations d'assurance à la banque. À cette fin, l'assuré cède par la présente à la banque toutes ses prétentions aux prestations d'assurance envers l'assureur. Les prestations d'assurance y seront versées sur le compte de l'assuré ; le solde du contrat de carte de crédit sera par conséquent honoré dans la mesure des prestations de l'assureur au preneur d'assurance.

### XV. VALEUR DE RACHAT ET DE CONVERSION

L'assurance n'a aucune valeur de rachat ou de conversion.

### XVI. PROCÉDURE DE PLAINTE (OMBUDESMAN)

Si l'assuré est insatisfait des prestations fournies, il peut en tout temps s'adresser à l'assureur. Si aucune solution satisfaisante du problème ne peut être trouvée ainsi, l'assuré a la possibilité de soumettre son problème à l'ombudsman :

Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA

#### Suisse alémanique (siège principal) :

In Gassen 14, Case postale 181, 8024 Zurich  
Tél. 044 211 30 90 / help@versicherungsombudsman.ch

**Suisse romande :**

Ch. des Trois-Rois 2, Case postale 5843, 1002 Lausanne  
Tél. 021 317 52 71 / help@ombudsman-assurance.ch

**Tessin :**

Via G. Pocobelli 8, Case postale, 6903 Lugano  
Tél. 091 967 1783 / help@ombudsman-assicurazione.ch

L'ombudsman examine les plaintes reçues et cherche une médiation entre les parties. La possibilité de l'assuré de faire valoir ses droits en justice n'en est pas affectée.

**XVII. PROTECTION DES DONNÉES**

AXA traite les données qui résultent des documents d'assurance et de l'exécution du contrat, et les utilise notamment pour la détermination des primes, l'évaluation du risque, l'administration du contrat et pour le traitement de sinistres. AXA peut se servir à cette fin de son entreprise-

mère, de ses sociétés affiliées et d'autres entreprises du groupe dans d'autres pays de l'espace économique européen et la Suisse. Les données de l'assuré, y compris la correspondance y afférente, peuvent être transmises en cas de sinistre à la banque comme preneur d'assurance et ayant-droit. Les données sont sauvegardées physiquement ou électroniquement. L'assuré a le droit d'exiger d'AXA les informations prévues par la loi sur le traitement des données le concernant.

**XVIII. CHOIX DU DROIT APPLICABLE**

Les droits de l'assuré découlant du contrat d'assurance collectif sont soumis au droit suisse.

**XIX. FOR**

L'assuré a le choix du for entre Winterthur comme lieu du siège de de l'assureur ou le domicile suisse de l'assuré.