

INFORMATION CLIENTS EN VERTU DE LA LOI SUR LES CONTRATS D'ASSURANCE (LCA)

Assurance mensualités destinée aux personnes exerçant une activité indépendante pour les contrats de crédit conclus avec la Cembra Money Bank SA

Les informations clients suivantes donnent, 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 comme plus particulièrement la Loi fédérale sur le Contrat d'assurance.

Qui est l'assureur? L'assureur est la AXA Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, désigné ci-après par „AXA“.

Par quel biais se font le traitement des prestations et la correspondance? Veuillez toujours correspondre avec AXA Assurances SA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, téléphone 0848 000 398, fax 0848 000 425 dans toutes les affaires concernant votre couverture d'assurance.

Qui est le preneur d'assurance? Le preneur d'assurance et débiteur de la prime est la banque Cembra Money Bank SA („la banque“). La banque a conclu un contrat d'assurance collectif avec AXA en faveur des personnes assurées.

Qui sont les personnes assurées? Les personnes assurées sont des personnes qui remplissent les conditions d'adhésion, telles que stipulées dans les Conditions Générales d'Assurance, qui ont transmis la déclaration d'adhésion 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 intégrale de travail, l'incapacité intégrale de gain et la maladie grave.

Quelle est l'étendue de la couverture d'assurance? Il existe la couverture d'assurance suivante:

- En cas d'incapacité intégrale de travail: prise en charge (a) de la mensualité fixée dans le contrat de crédit ou (b) du montant du crédit encore en souffrance au 31^{ème} jour d'incapacité de travail ou (c) d'un montant maximum de CHF 2'500.- par mois, en fonction du montant qui est le plus faible et ce, pour une durée maximale de 12 mois par cas d'assurance. Si l'incapacité de travail se poursuit moins d'un mois complet après le 31^{ème} jour, AXA versera pour chaque jour d'incapacité intégrale de travail 1/30^{ème} du montant mentionné auparavant.
- En cas d'incapacité intégrale de gain ou de maladie grave: prise en charge du solde en souffrance du contrat de crédit à hauteur d'un montant maximal de CHF 65'000.- après déduction du montant faisant l'objet du retard de paiement.

Un délai d'attente de 30 jours a cours pour les trois types de risque (incapacité intégrale de travail, incapacité intégrale de gain et maladie grave).

Comment les prestations sont-elles fournies? AXA fournit à la banque l'ensemble des prestations d'assurance. La prestation d'assurance sera inscrite à l'avoir du compte que vous y détenez; votre dette résiduelle résultant du contrat de crédit sera remboursée à la banque à hauteur des prestations versées par AXA à la banque.

A quel moment la couverture d'assurance démarre-t-elle? La couverture d'assurance démarre à la date mentionnée dans l'attestation d'assurance. Il existe un délai de carence de 30 jours pour la couverture en cas de maladies graves.

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 mois et se renouvelle chaque mois de manière tacite pour un mois supplémentaire. Le contrat d'assurance prévoit les différents motifs / différentes possibilités de dénonciation stipulés dans les Conditions Générales d'Assurance (CGA) qui se résument comme suit:

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

- Date à laquelle le contrat de crédit prend fin ou date à laquelle le compte ouvert à la banque est équilibré et soldé
- Date à laquelle le total du montant alors encore en souffrance est échu prématurément en vertu du contrat de crédit, en particulier en cas de dénonciation pour retard de paiement, en cas de faillite ou de situation similaire de la personne assurée
- Date du 65^{ème} anniversaire de la personne assurée
- Date à laquelle AXA a versé 36 mensualités en vue de couvrir l'incapacité de travail
- Date à laquelle AXA a fourni la prestation d'assurance pour l'incapacité intégrale de gain
- Date à laquelle AXA a fourni la prestation d'assurance pour une maladie grave
- Date à laquelle la personne assurée prend une activité professionnelle quelconque en dehors de la Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein
- 90 jours après le jour où la personne met un terme à son activité indépendante
- Date de mise à terme de l'assurance
- Date de décès de la personne assurée

Vous pouvez plus particulièrement mettre fin à la couverture d'assurance (par lettre écrite adressée à la Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurich à l'attention d'AXA):

- 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 pour la fin d'un mois
- si AXA modifie les primes ou conditions d'assurance: dans ce cas, l'avis écrit doit parvenir à la banque la veille du jour à partir duquel la modification prendrait effet pour vous selon l'avis d'information d'AXA

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

- pour la fin du mois par avis d'information écrit envoyé à votre attention en respectant un délai d'au moins 30 jours
- 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.

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 de la prime à la banque qui vous la facture mensuellement, y compris le droit de timbre fédéral. 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 l'ensemble des 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 aux 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 immédiatement être signalé à AXA.

De quelle manière la compagnie AXA traite-t-elle vos données? AXA utilise les données en rapport avec votre assurance, en particulier en vue de fixer la prime, de clarifier les risques, de gérer le contrat et de traiter les cas d'assurance. AXA peut faire appel à des sociétés-mère, des filiales et autres sociétés du groupe ou filiales dans d'autres pays de l'Espace Economique européen et de la Suisse en vue de traiter les données dans le cadre de votre assurance. Par ailleurs, vos données peuvent, en cas de sinistre, être transmises à la banque, y compris la correspondance y afférant. Les données sont conservées de manière physique ou électronique. Vous avez le droit, en votre qualité de personne assurée, d'exiger qu'AXA vous fournisse les renseignements prévus par la loi et afférant au traitement des données vous concernant.

CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE (CGA)

POUR LA COUVERTURE D'ASSURANCE EN CAS D'INCAPACITE INTEGRALE DE TRAVAIL, D'INCAPACITE INTEGRALE DE GAIN ET DE MALADIE GRAVE

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

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

L'origine de votre couverture d'assurance est un contrat d'assurance collectif (**«le contrat d'assurance collectif»**) conclu entre la Cembra Money Bank SA (**«la banque»**) et l'assureur. La banque est le preneur d'assurance et débiteur des primes dues en vertu du contrat d'assurance collectif. Vous avez adhéré au contrat d'assurance collectif et serez désigné par la suite par le terme de **«la personne assurée»**. Les droits à l'assurance de la personne assurée se dirigent exclusivement contre 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 conditions générales 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 Conditions Générales d'Assurance;
- 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'ADHESION ET DEFINITIONS

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

1. avaient conclu un contrat de crédit (**«le contrat de crédit»**) avec la banque pour une durée minimale de 12 mois;
2. ont demandé l'adhésion au contrat d'assurance collectif et se sont déclaré disposés à verser les primes mensuelles répercutées par la banque;
3. sont mentionnées sur le contrat de crédit en tant que première personne à la rubrique «bénéficiaire du crédit»;
4. sont âgés d'au moins 18 ans et de moins de 65 ans;
5. exercent une activité indépendante conçue sur le long terme en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein et
6. ont leur domicile en Suisse, dans la Principauté du Liechtenstein, en Allemagne, en France ou en Italie.

II. DEBUT DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La couverture d'assurance démarre:

- à la date mentionnée sur l'attestation d'assurance pour la couverture prévue aux articles IV et VI (incapacité intégrale de travail ou incapacité intégrale de gain);
- 30 jours après la date mentionnée sur l'attestation d'assurance pour la couverture prévue à l'article VIII (maladie grave) (**«délai de carence»**).

Les points suivants ont cours si la personne assurée remplace un ancien crédit assuré (peu importe auprès de quel assureur) par un nouveau crédit:

1. Le délai de carence devient caduc pour le risque „maladie grave“ en ce qui concerne le montant du crédit assuré jusque-là. Il existe un délai de carence de 30 jours à hauteur du montant supplémentaire du crédit.
2. Si le cas d'assurance „maladie grave“ survient au cours du délai de carence, l'assureur versera des prestations à hauteur du montant du crédit assuré le plus bas, c'est-à-dire soit en conformité avec l'ancienne assurance, soit en conformité avec l'assurance actuelle.
3. En ce qui concerne l'assurance en cas d'incapacité intégrale de travail, l'exclusion des conséquences d'une incapacité de travail ou de gain déjà existante ou de maux déjà existants (en particulier maladies ou accidents) qui étaient connus ou auraient dû être connus de la personne assurée au moment de son adhésion au contrat d'assurance collectif, ne s'appliquera qu'à la différence entre la mensualité assurée de l'ancienne assurance et celle de la nouvelle assurance (dans la mesure où la mensualité assurée de la nouvelle assurance est plus élevée). En ce qui concerne l'assurance en cas d'incapacité de gain ou de maladie grave, l'exclusion des conséquences d'une incapacité de travail ou de gain déjà existante ou de maux déjà existants (en particulier maladies ou accidents) qui étaient connus ou auraient dû être connus de la personne assurée au moment de son adhésion au contrat d'assurance collectif ne s'appliquera qu'à la différence entre le montant du crédit assuré de l'ancienne assurance et celui de la nouvelle assurance (dans la mesure où le montant du crédit assuré de la nouvelle assurance est plus élevé).

III. FIN DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

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

- Date à laquelle le contrat de crédit prend fin ou date à laquelle le compte ouvert auprès de la banque est équilibré et soldé;

- Date à laquelle le montant alors encore en souffrance en vertu du contrat de crédit est échu prématurément, en particulier en cas de dénonciation du contrat pour retard de paiement, en cas de faillite ou de situation similaire de la personne assurée;
- Le jour du 65^{ème} anniversaire de la personne assurée;
- Date à laquelle l'assureur a versé 36 montants mensuels afin de couvrir l'incapacité intégrale de travail;
- Date à laquelle l'assureur a fourni la prestation d'assurance pour l'incapacité intégrale de gain;
- Date à laquelle l'assureur a fourni la prestation d'assurance pour une maladie grave;
- 90 jours après la fin de l'activité indépendante de la personne assurée, quelque soit la raison de la mise à terme de l'activité;
- Date à laquelle la personne assurée prend une activité professionnelle quelconque en dehors de la Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein;
- Date de mise à terme de la couverture d'assurance (en vertu de l'article XVIII);
- Date de décès de la personne assurée.

IV. PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITE INTEGRALE DE TRAVAIL

1. On entend par **«incapacité intégrale de travail»** (également désignée ci-après par **«incapacité de travail»** pour une meilleure lisibilité) toute interruption momentanée du travail suite à une incapacité intégrale (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 le rapport d'un médecin. L'assureur peut exiger de la personne assurée qu'elle se fasse examiner par un médecin indépendant désigné par l'assureur.
2. Les prestations de l'assureur sont versées mensuellement. Elles correspondent au montant le plus faible des sommes suivantes: (a) taux mensuel minimal fixé dans le contrat de crédit, (b) montant du crédit en souffrance au 31^{ème} jour de l'incapacité de travail ou (c) montant maximum de CHF 2'500.- par mois. Si l'incapacité de travail se poursuit au-delà du 31^{ème} jour pendant moins d'un mois complet, l'assureur versera pour chaque jour de la poursuite de l'incapacité de travail 1/30^{ème} du montant dû en vertu de la phrase 2.
3. Les prestations de l'assureur sont fournies pendant toute la durée de l'incapacité de travail après expiration d'un délai d'attente de 30 jours consécutifs (à compter de la constatation de l'incapacité intégrale de travail) mais ce, pour une durée maximale de 12 mois par cas de sinistre. Il n'est pas dérogé par là aux dates de mise à terme convenues à l'article III.
4. Une autre incapacité de travail entraîne seulement un droit à assurance en vertu des dispositions suivantes, et ce, quelque soit l'origine de l'incapacité:
 - 4.1 Si la personne assurée a repris son activité indépendante 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 d'attente; 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 et l'autre incapacité de travail.
 - 4.2 S'il y a plus de 6 mois entre la première incapacité de travail et le début de l'autre incapacité de travail (nouvel emploi sous contrat de travail rémunéré), l'autre période d'incapacité de travail sera traitée comme un nouveau cas d'assurance avec un nouveau délai d'attente.

V. CAS D'EXCLUSION DE L'ASSURANCE EN SITUATION D'INCAPACITE INTEGRALE DE TRAVAIL

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

- Incapacité de travail en tant que conséquence:
 - d'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 contrat d'assurance collectif;
 - de tentatives de suicide, de blessures corporelles intentionnelles, de consommation de drogues ou médicaments n'ayant pas fait l'objet d'une prescription médicale;
 - de la fourniture de services militaires ou similaires;
 - de suites d'accidents ou de maladies survenant en raison d'actes intentionnels de la personne assurée, y compris les conséquences d'une dépendance grave ou chronique à l'alcool;
 - de douleurs de la colonne vertébrale ou de blessures de la colonne vertébrale suite à un accident, dans la mesure où elles ne peuvent pas être prouvées par des radiographies ou une tomographie à résonance magnétique nucléaire (IRM);
 - du SIDA ou suite à des conséquences dues au SIDA;

- Incapacité partielle de travail: il y a incapacité partielle de travail si la personne assurée ne peut plus exercer l'activité ou le travail fait jusque-là dans la même mesure que jusque-là, mais qu'elle peut encore le faire de manière restreinte (à temps partiel);
- Interruption de travail en relation avec le congé maternel légal;
- Suspension ou incapacité de travail en relation de problèmes psychiques (y compris dépressions), dans la mesure où ceux-ci ne sont pas confirmés par un psychiatre reconnu établi en Suisse;
- Toute augmentation du crédit suite à un cas de sinistre.

VI. PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITE INTEGRALE DE GAIN

1. On entend par «**incapacité intégrale de gain**» l'incapacité définitive de la personne assurée à exercer une activité rémunérée, incapacité constatée en vertu de la Loi fédérale sur l'assurance invalidité (IVG) – et demeurant, selon toute probabilité, après un traitement ou une réinsertion raisonnable (survenance suite à une maladie ou un accident). Elle doit être survenue dans un délai de 12 mois à compter de l'accident ou du début de la maladie, atteindre un niveau d'au moins 70% (déterminé sur la base des impératifs prescrits par la Loi fédérale sur l'assurance invalidité (IVG)) et être confirmée par le rapport de deux médecins. Pour ce faire, l'assureur peut exiger qu'un examen soit effectué par deux médecins indépendants désignés par l'assureur.
2. La prestation de l'assureur est versée en une fois. Elle correspond au montant encore en souffrance selon le contrat de crédit après un délai d'attente de 30 jours à compter du moment où est fournie la preuve de l'incapacité intégrale de gain (Art. X) (après déduction des traites déjà échues et des intérêts moratoires dus pour les traites en question). En cas de doutes justifiés sur le caractère définitif de l'incapacité de travail, l'assureur peut refuser de verser la prestation d'assurance pour une période de 12 mois.
3. La prestation de l'assureur est limitée à une somme maximale de CHF 65'000.-.

VII. CAS D'EXCLUSION DE L'ASSURANCE EN SITUATION D'INCAPACITE INTEGRALE DE GAIN

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

- Dans les cas mentionnés à l'article V (incapacité intégrale de travail)
- Pendant l'exécution d'une peine de prison;
- Incapacité intégrale de gain en tant que conséquence:
 - de l'exercice d'un des sports suivants: les sports de combat (boxe, lutte, karaté, judo etc.), le rafting en rivière, le canoë et le kayak, la plongée avec bouteille, l'escalade, le parachutisme et le parapente, l'équitation, la chasse, les sports de course de toute nature (excepté la course à pied), les sports d'hiver (excepté le ski, le patin à glace et la luge);
 - de déplacements à moto en qualité de conducteur ou de passager;
 - d'exercice des professions suivantes: plongeur, mineur, artiste de cirque, travail avec des matières explosives, toute activité de sportif professionnel;
 - la prise de risques et de dangers exceptionnels dans le sens de la Loi sur l'assurance contre les risques d'accident;
 - de tout type d'aviation, excepté en tant que passager payant d'un vol commercial à bord d'un avion de ligne;
 - de l'exercice d'actes pénaux de l'assuré ou d'un tiers, dans la mesure où l'assuré était complice;
 - de la radiation ionisante ou du rayonnement radioactif.

VIII. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE GRAVE

1. En cas de maladie grave, l'assureur versera une prestation unique au bout d'un délai d'attente de 30 jours auquel la personne assurée doit survivre. La prestation correspond au montant encore en souffrance selon le contrat de crédit à compter de date de justificatif de la maladie grave, après déduction du montant pour lequel la personne assurée est en retard de paiement (y compris les intérêts moratoires dus sur la somme en question).
2. La prestation de l'assureur est limitée à une somme d'un montant maximal de CHF 65'000.-.
3. Il s'agit d'une «**Maladie grave**» dans le sens des présentes conditions si l'existence d'une ou de plusieurs des maladies suivantes est prouvée par l'attestation d'un médecin installé:

3.1 Crise cardiaque

La première apparition d'une crise cardiaque, c'est-à-dire la nécrose d'une partie du muscle cardiaque suite à une insuffisance du flux sanguin vers le muscle cardiaque (myocarde). Le diagnostic doit être prouvé selon les règles de la Société suisse de cardiologie et par des douleurs typiques de la poitrine, des enzymes cardiaques accrues, et des modifications de l'ECG récentes et typiques. L'angine de poitrine est exclue.

Explication simplifiée: une crise cardiaque (également appelée infarctus du myocarde) survient en cas de nécrose d'une partie du muscle cardiaque suite à une insuffisance d'apport en oxygène. L'origine en est une obstruction soudaine d'une artère coronaire.

3.2 Accident vasculaire-cérébral avec séquelles définitives

Lésion définitive du cerveau suite à un infarctus cérébral survenu après une hémorragie cérébrale, une thrombose ou une embolie qui est prouvé par le diagnostic d'imagerie correspondant (tomographie par ordinateur, tomographie à résonance magnétique nucléaire) d'un médecin neurologue/psychiatre. Une perte définitive des capacités neurologiques

doit également être médicalement prouvée. Sont exclus les accidents ischémiques transitoires (TIA).

Explication simplifiée: le cerveau contrôle toutes les fonctions du corps. C'est la raison pour laquelle les lésions dans cette région peuvent avoir des répercussions graves. Un accident vasculaire-cérébral (également appelé infarctus cérébral) apparaît lorsque le cerveau a été fortement atteint par des hémorragies internes ou lorsque l'approvisionnement en sang et en oxygène a été interrompu par une artère bouchée et que cela entraîne un vide sanguin aigu. Un accident ischémique transitoire (TIA) est un trouble de la vascularisation de courte durée. Les symptômes disparaissent en 24 heures sans laisser de séquelles.

3.3 Cancer grave

Existence d'une tumeur maligne dépassant le stade T1 et histologiquement prouvée (=par des examens des tissus ou des examens microscopiques) et qui est caractérisée par une croissance autonome, une tendance de croissance par infiltration (=pénétration dans des tissus étrangers du corps) et une tendance aux métastases (=formation de tumeurs secondaires).

La notion de „cancer grave“ comprend aussi les formes de tumeurs malignes du sang, des organes hématopoïétiques et du système lymphatique, y compris les leucémies (= cancer du sang), lymphomes et lymphomes de Hodgkin (= cancer des glandes lymphatiques).

Sont cependant exclus:

- toutes les maladies cancéreuses en cas d'existence simultanée d'une infection VIH
- les stades précurseurs de maladies cancéreuses, comme par exemple carcinome in situ non invasif (y compris les dysplasies 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 n'ont pas été caractérisées en termes histologiques de stade B (II) ou de T2 minimum.
- toutes les tumeurs de la peau excepté l'ensemble des mélanomes malins invasifs (=cancer noir de la peau); celles-ci sont couvertes à partir du stade T2.

Explication simplifiée: la notion de „cancer“ comprend l'ensemble des types de tumeurs malignes qui sont en mesure de propager des cellules cancéreuses. Il existe, au contraire de cela, des tumeurs dites bénignes sans tendance à la propagation. Les tumeurs malignes peuvent croître rapidement, atteindre le tissu environnant et les cellules cancéreuses peuvent, par la circulation sanguine et le système lymphatique, pénétrer dans d'autres régions du corps. Les tumeurs continuent à grandir si elles ne sont pas détruites ou opérées.

3.4 Insuffisance rénale irréversible

Insuffisance définitive des deux reins, qu'il n'est plus possible de soigner et qui entraîne l'obligation de procéder régulièrement à des dialyses. Le diagnostic doit être prouvé par un médecin néphrologue.

Explication simplifiée: La fonction des reins est de filtrer le sang afin d'éliminer les toxines et déchets. Lorsque les reins ne fonctionnent plus correctement, les déchets s'accumulent dans le corps, ce qui peut entraîner des problèmes de santé potentiellement mortels. Lorsqu'un seul rein ne fonctionne plus, le deuxième rein peut alors assumer aussi la fonction du premier rein. Mais lorsque les deux reins ne sont plus en mesure de filtrer le sang, cette fonction doit être prise en charge par un appareil de dialyse ou il est nécessaire de procéder à une transplantation d'organe.

3.5 Sclérose en plaques

Diagnostic d'une sclérose en plaques multiple par un médecin spécialiste en neurologie/psychiatrie, la maladie étant à l'origine de plus d'une poussée de troubles neurologiques clairement définis et multiples qui sont déclenchés par une destruction de la myéline du cerveau et de la moelle épinière. Le diagnostic doit également prouver qu'il existe, sur une période ininterrompue de six mois, des symptômes neurologiques qui comportent une combinaison de troubles du nerf optique, du tronc cérébral, de la moelle épinière et de la coordination des fonctions sensorielles.

Explication simplifiée: la sclérose en plaques multiple est une maladie évolutive du système nerveux central au cours de laquelle la couche protectrice entourant les fibres nerveuses (myéline) est détruite dans le cerveau et la moelle épinière. Les symptômes varient en fonction de la partie du cerveau ou de la moelle épinière qui est touchée. L'évolution de la maladie varie nettement. Les problèmes de coordination, le manque d'assurance à la marche et les troubles fonctionnels de la vessie et du sphincter constituent des exemples de symptômes neurologiques.

3.6 Transplantations d'organe importantes dans la mesure où la personne assurée est le receveur de l'organe

Transplantation complète effectuée ou enregistrement officiel sur la liste d'attente des transplantations pour le cœur, le poumon, le foie, les reins, le pancréas ou la moelle épinière. La nécessité médicale de la transplantation doit être attestée par un médecin spécialiste selon les règles médicales en vigueur et la personne assurée doit être le receveur. Sont exclues les transplantations de cellules souches.

Explication simplifiée: les maladies graves ou blessures peuvent nuire si gravement aux organes qu'un traitement n'est possible qu'en prélevant l'organe malade et en procédant à la transplantation d'un organe sain. Il existe pour de nombreux organes des listes d'attente, attendu qu'il n'y a pas suffisamment d'organes à disposition.

IX. CAS D'EXCLUSION DE L'ASSURANCE EN SITUATION DE MALADIE GRAVE

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

- Si la maladie grave est la conséquence d'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 contrat d'assurance collectif;
- Maladie grave consécutive à la radiation ionisante ou au rayonnement radioactif.

X. PRETENTION AUX PRESTATIONS

Afin de faire valoir des droits à des prestations d'assurance, la personne assurée doit utiliser les formulaires de sinistre nécessaires à cet effet qu'elle peut se procurer 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 X). Afin de vérifier son obligation de prestation, l'assureur peut exiger tous les justificatifs qu'il considère nécessaires afin de pouvoir examiner le droit concerné (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 plus particulièrement des documents suivants:

En cas d'incapacité intégrale de travail ou de maladie grave

- Justificatif de l'activité indépendante (par exemple extrait du registre du commerce, confirmation de la caisse de compensation ou attestation similaire en cas de professions indépendantes);
- Certificat médical ou diagnostic (a) donnant des renseignements sur l'origine et la nature de la maladie ou du préjudice corporel ainsi que sur le pronostic, et (b) fixant la durée probable de l'incapacité de travail;
- En cas d'accident: une copie du rapport de police (s'il en existe un);

En cas d'incapacité intégrale de gain

- Justificatif de l'activité indépendante (par exemple extrait du registre du commerce, confirmation de la caisse de compensation ou attestation similaire en cas de professions indépendantes);
- Certificat médical ou diagnostic (a) donnant des renseignements sur l'origine et la nature de la maladie ou du préjudice corporel, ainsi que sur le pronostic, et (b) constatant l'incapacité intégrale de gain en vertu de l'article VI.1.

Les rapports médicaux et attestations médicales doivent dans tous les cas être délivrés par un médecin établi en Suisse, en France, en Italie, en Allemagne ou dans la Principauté du Lichtenstein. Tous les documents doivent être transmis dans une des langues nationales de la Suisse. Les coûts liés aux justificatifs mentionnés ci-dessus seront supportés 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 la décision concernant la constatation du droit. 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, de services administratifs et autres mentionnés dans les documents produits pour le cas d'assurance ou impliqués de toute autre manière dans le traitement médical, de leur obligation au secret médical/professionnel, dans la mesure où cela est nécessaire en vue de la constatation de l'obligation de couverture (y compris la vérification des conditions d'inscription). 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

XI. MODIFICATIONS DES PRIMES OU DES CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE / AVIS D'INFORMATION

1. L'assureur peut exiger à tout moment une modification des primes et/ou des conditions générales d'assurance et ce, aussi bien pour les risques déjà existants que pour les nouveaux risques. L'assureur informe par écrit les personnes assurées des modifications en question 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 par écrit et en respectant un délai de 30 jours pour la fin du mois.

XII. PRIME

1. En sa qualité de preneur d'assurance et de débitrice des primes à l'encontre de l'assureur, la banque répercute la dette de primes sur la personne assurée. La personne assurée est redevable de la prime à la banque qui en exige le versement en même temps que les mensualités du crédit et le timbre confédéral.
2. La première prime est échue à la date du début de l'assurance, les primes suivantes au cours des mois suivants, avec les mensualités du crédit prévues au contrat de crédit.
3. La prime est une prime mensuelle. La personne assurée est tenue de verser sa prime mensuelle à la banque, y compris pendant la période où elle perçoit des prestations en vertu du présent contrat d'assurance collectif.

XIII. FIN / RETARD DE PAIEMENT

1. La personne assurée peut mettre fin à l'assurance en le faisant savoir par écrit 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 sans conséquence en termes de coûts et les primes déjà versées à la banque par la personne assurée lui seront intégralement remboursées.
2. Après les 30 premiers jours, la personne assurée peut résilier la couverture d'assurance par lettre adressée à la banque à l'attention de l'assureur et en respectant un délai d'au moins 30 jours pour la fin du mois. En cas de résiliation de cette nature, la couverture d'assurance expirera à la fin du mois concerné.
3. L'assureur et la banque se réservent le droit de mettre fin à la couverture d'assurance dans un délai d'au moins 30 jours pour la fin du mois (notification réalisée en conformité avec l'article XI.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 XII.2, la banque est en droit d'exiger par écrit de la personne assurée, en la menaçant des suites du retard, de procéder au paiement dans un délai de 14 jours suivant l'expédition de la mise en demeure. Si la prime devait ne pas être versée dans les délais malgré un rappel de cette nature, l'obligation de prestation de l'assureur est suspendue après expiration des 14 jours mentionnés.

XIV. FOURNITURE DE LA PRESTATION ET CESSION

L'assureur fournit à la banque les prestations d'assurance. A cet effet, la personne assurée cède par la présente à la banque les droits à l'ensemble des prestations d'assurance dont elle jouit à l'encontre de l'assureur. Les prestations d'assurance sont écrites à l'avoir du compte de la personne assurée auprès de la banque; la dette résiduelle résultant du contrat de crédit est remboursée à la banque en conséquence, à hauteur des prestations de l'assureur.

XV. VALEUR DE RACHAT ET DE TRANSFORMATION

L'assurance n'a ni valeur de rachat, ni valeur de transformation.

XVI. PROCEDURE DE RECOURS (MEDIATEUR)

Si la personne assurée est insatisfaite des prestations fournies, elle peut à tout moment s'adresser à l'assureur. Si aucune solution satisfaisante n'est trouvée, la personne assurée peut avoir recours au médiateur de l'assurance:

Médiateur pour les assurances privées et la Suva

Suisse allemande (siège principal)

In Gassen 14, Postfach 181, 8022 Zürich
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

Suisse italienne:

Via G. Pocabelli 8, Casella Postale, 6903 Lugano
Tél. 091 967 1783 / help@ombudsman-assicurazione.ch

Le médiateur examine le recours et cherche à assurer la médiation entre les parties. Il n'est pas dérogé par là à la possibilité de porter l'affaire devant les tribunaux.

XVII. PROTECTION DES DONNEES

AXA traite des données qui résultent des documents d'assurance et de la conclusion du contrat, et les utilise en particulier pour la détermination des primes, la clarification des risques, la gestion du contrat et le traitement de cas de sinistre. Pour ce faire, AXA peut faire appel à des sociétés-mère, à des filiales et autres sociétés ou filiales du groupe se trouvant dans d'autres pays de l'Espace Economique européen. Les données de la personne assurée peuvent, à des fins de règlement de l'assurance, être transmises à AXA, à son siège principal ainsi qu'à des sociétés mère, des filiales et autres sociétés du groupe dans les pays de l'Espace Economique européen ainsi qu'en Suisse. Par ailleurs, les données de la personne assurée, ainsi que la correspondance échangée à ce sujet peuvent, en cas d'assurance, être transmises à la banque en sa qualité de preneur d'assurance jouissant du droit aux prestations. Les données sont conservées de manière physique ou sous forme 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.

XVIII. CHOIX JURIDIQUE

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

XIX. JURIDICTION COMPETENTE

La personne assurée a le choix entre Winterthur en qualité de lieu d'implantation de l'assureur et le domicile suisse de la personne assurée comme lieu de juridiction compétente.