

Assurance en cas de décès ou d'invalidité à la suite d'une maladie

Conditions générales d'assurance (CGA)
Edition 01.2026

Table des matières

I	Principes de l'assurance	2	23	Modification du degré d'incapacité de gain	4
1	Objectif et contenu de l'assurance	2	24	Absence de droit aux prestations d'assurance	4
2	Base contractuelle	2	25	Diminution du droit aux prestations d'assurance	4
3	Conditions générales d'assurance (CGA)	2	26	Frais de reconversion professionnelle	5
4	Formes masculine et féminine	2	27	Contrôle du droit aux prestations d'assurance	5
5	Année d'assurance	2	28	Versement des prestations d'assurance	5
6	Détermination de l'âge	2			
7	Admission dans l'assurance	2	V	Obligations du preneur d'assurance	5
8	Définitions	2	29	Obligation de déclaration/examen de santé	5
			30	Procédure pour les cas de prestation	5
II	Conditions générales	2	31	Obligation de communication	5
9	Début de la couverture d'assurance	2	32	Obligation de coopération	5
10	Etendue de la couverture d'assurance	2	33	Conséquences en cas de violation des termes du contrat	5
			VI	Primes	6
III	Début et fin de la couverture d'assurance	2	34	Calcul des primes	6
11	Dépôt de la proposition	2	35	Groupes d'âge tarifaires	6
12	Début et durée de l'assurance, résiliation	3	36	Modification des primes	6
13	Modification de l'assurance	3	37	Modification des tarifs	6
14	Suspension de l'assurance	3	38	Sommation et retard de paiement	6
15	Cessation de l'assurance	3			
IV	Prestations	3	VII	Données client et protection des données	6
16	Vue d'ensemble des prestations	3	39	Protection des données	6
17	Montant des sommes d'assurance	3	40	Droit d'accès aux informations	6
18	Capital en cas de décès	3			
19	Capital en cas d'invalidité	3	VIII	Dispositions finales	6
20	Evaluation du degré d'incapacité de gain	4	41	Lieu d'exécution	6
21	Barème du capital en cas d'invalidité	4	42	For compétent et droit applicable	6
22	Couverture en cas de capacité de gain résiduelle	4			

I Principes de l'assurance

1 Objectif et contenu de l'assurance

La présente assurance a pour objectif de protéger les personnes assurées contre les conséquences économiques dues à un décès ou à une invalidité à la suite d'une maladie. Cette assurance est une assurance de somme, c'est-à-dire que, lors de la survenance de l'événement assuré, la somme d'assurance indiquée dans la police est payée. Le montant des prestations en cas d'incapacité de gain dépend du degré d'incapacité de gain constaté.

2 Base contractuelle

Le contrat d'assurance (composé de la proposition d'assurance, de la police, des présentes conditions générales d'assurance CGA ainsi que des dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance LCA) conclu entre la CSS Assurance-vie SA, Tribtschenstrasse 21, 6002 Lucerne (ci-après «l'assureur»), et la personne assurée constituent les bases du présent contrat.

Les modifications s'inscrivant dans le cadre de la révision du 19 juin 2020 de la LCA s'appliquent aussi aux contrats conclus avant le 1^{er} janvier 2022. En sont exclues les dettes de la personne assurée, dont le délai de prescription reste de deux ans.

3 Conditions générales d'assurance (CGA)

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) décrivent les droits et les devoirs de la personne assurée ou de ses ayants droit.

Si la forme écrite est requise conformément aux CGA, un autre moyen permettant d'établir une preuve par un texte suffit. Si aucune exigence quant à la forme d'une communication n'est formulée, la communication peut aussi se faire oralement.

4 Formes masculine et féminine

L'assureur applique le principe de l'égalité entre hommes et femmes. Pour faciliter la lecture, le générique masculin est utilisé pour désigner les deux sexes.

5 Année d'assurance

L'année d'assurance débute le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre.

6 Détermination de l'âge

La prime est calculée en fonction de l'âge de la personne assurée (âge effectif), défini par la différence entre l'année civile et l'année de naissance.

7 Admission dans l'assurance

L'admission dans l'assurance se fait sur la base des réponses données aux questions de santé posées dans le formulaire de proposition. Une admission n'est pas possible dans tous les cas.

8 Définitions

8.1 Maladie

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Le moment à partir duquel une infirmité congénitale est admise comme telle n'a aucune importance.

8.2 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa pro-

fession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (Art. 6 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA).

8.3 Incapacité de gain

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (Art. 7 LPGA).

8.4 Invalidité

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.

Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 7 al. 2 LPGA est applicable par analogie (Art. 8 LPGA).

8.5 Exigibilité

Le caractère exigible d'une activité est établi lorsque celle-ci correspond aux connaissances, aux compétences et à la position sociale de la personne assurée, même si les connaissances nécessaires doivent être acquises par le biais d'un programme de reconversion.

II Conditions générales

9 Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance commence à la date de début de l'assurance que l'assureur aura indiquée par écrit au proposant. Elle ne peut cependant pas commencer avant la date inscrite sur la police d'assurance ou si la personne assurée ne dispose pas de sa pleine capacité de travail et de gain au moment du début de la protection d'assurance.

10 Etendue de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance est valable pour les maladies dans le monde entier, dans des régions non concernées par une mise en garde officielle du DFAE.

III Début et fin de la couverture d'assurance

11 Dépôt de la proposition

Le preneur d'assurance doit remplir la proposition d'assurance de manière honnête et exhaustive et la faire parvenir à l'assureur. La personne assurée, ou son représentant légal, doit répondre de manière exhaustive et conformément à la vérité aux questions concernant sa santé ainsi que d'autres facteurs de risque.

Le proposant reste lié à sa proposition pendant 14 jours, sauf si un délai plus court a été préalablement fixé. La proposition peut cependant être révoquée par écrit dans un

délai de 14 jours, même si elle a déjà été acceptée par l'assureur.

Si l'assurance nécessite un examen médical, le proposant reste alors lié à la proposition pendant quatre semaines.

12 Début et durée de l'assurance, résiliation

12.1 L'assurance peut être conclue au plus tôt dès la naissance et au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 55 ans révolus (âge limite de conclusion).

La relation d'assurance dure au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile durant laquelle la personne assurée atteint l'âge de 60 ans révolus (âge de fin d'assurance). Il est possible de conclure l'assurance à tout moment, avant que la personne assurée n'atteigne l'âge limite, y compris en cours d'année civile. L'assurance peut être demandée pour le premier jour d'un mois.

12.2 Le contrat est conclu pour la durée indiquée dans la police et se renouvelle tacitement d'un an par la suite, à moins que l'une des parties ne résilie le contrat indépendamment de la durée convenue après l'échéance d'un an. La résiliation doit être faite par écrit.

12.3 La personne assurée et l'assureur peuvent en outre résilier le contrat s'il existe un juste motif au sens de l'art. 35b LCA. La résiliation doit être faite par écrit.

12.4 Résiliation en cas de sinistre

a) Après la survenance d'un cas de sinistre sujet à indemnisation, l'assureur peut résilier le contrat par écrit au plus tard lors du paiement de l'indemnité, et la personne assurée au plus tard 14 jours après avoir eu connaissance dudit paiement. La résiliation doit être parvenue à l'assureur dans ce délai.

b) Si la personne assurée résilie le contrat, la couverture d'assurance s'éteint lors de la réception de la résiliation par l'assureur.

c) Si l'assureur résilie le contrat, la couverture d'assurance s'éteint 14 jours après la réception de la résiliation par la personne assurée.

13 Modification de l'assurance

Une augmentation de la somme d'assurance est possible, avant que la personne assurée n'atteigne l'âge limite de conclusion, en fonction des catégories d'âge et des sommes d'assurance prédéfinies. La proposition doit être faite au début du mois. Une augmentation de ce type nécessite une nouvelle évaluation des risques.

14 Suspension de l'assurance

Aucune suspension d'assurance n'est possible.

15 Cessation de l'assurance

L'assurance et la couverture d'assurance prennent fin dans les cas suivants:

- à la mort de la personne assurée;
- avec la révocation de la proposition par le preneur d'assurance, conformément au point 12;
- lorsque la personne assurée élit domicile hors de la Suisse;
- en cas de résiliation de l'une des parties;
- en cas de résiliation par l'assureur pour cause de réticence;
- en cas de non-paiement de la prime au terme du délai de sommation;
- lorsque la personne assurée atteint l'âge de 60 ans révolus (âge final);
- en cas d'invalidité complète et lorsque l'assureur a rempli l'ensemble de ses obligations de prestations. La couverture décès prend fin dans le même temps en raison de prestations décès inférieures, étant donné les

prestations d'invalidité déjà fournies et dont le montant doit être déduit.

IV Prestations

16 Vue d'ensemble des prestations

L'assureur assure dans le cadre de la couverture d'assurance les prestations suivantes en cas d'invalidité ou de décès à la suite d'une maladie:

- en cas de décès: capital-décès;
- en cas d'invalidité: capital-invalidité.

17 Montant des sommes d'assurance

Les sommes d'assurance déterminantes sont toujours celles indiquées sur la police d'assurance. Le montant du capital en cas de décès est de CHF 2500 au maximum pour les enfants en bas âge, c'est-à-dire qui n'ont pas atteint l'âge de 2 ans et demi, et la prestation est limitée à CHF 20 000 pour les enfants de moins de 12 ans.

18 Capital en cas de décès

18.1 Droit à l'indemnisation

Le droit au capital en cas de décès de la personne assurée à la suite d'une maladie est garanti pendant toute la durée de la couverture d'assurance, et ce, avant d'avoir atteint l'âge de fin d'assurance.

18.2 Bénéficiaire

Le capital-décès en cas de décès est versé aux bénéficiaires. Il est possible de modifier librement et à tout moment l'identité des bénéficiaires jusqu'au décès. Un changement de bénéficiaire doit être communiqué à l'assureur par écrit.

Si le contrat ne mentionne aucun bénéficiaire, alors l'ordre suivant sera appliqué:

1. Epoux/partenaire enregistré
2. En l'absence de celui-ci, les enfants
3. En l'absence de ceux-ci, les autres héritiers légaux, à l'exclusion de la collectivité publique.

En l'absence d'ayants droit survivants, l'assureur ne paiera que les frais d'inhumation, à hauteur cependant de 10% au maximum de la somme convenue en cas de décès.

18.3 Simultanéité de l'invalidité et du décès

Si la personne assurée décède avant le versement du capital convenu en cas d'invalidité, seule la somme assurée en cas de décès sera versée, sans prestation d'invalidité supplémentaire.

19 Capital en cas d'invalidité

19.1 Droit à l'indemnisation

La personne assurée peut toucher le capital convenu en cas d'invalidité si elle est atteinte, avant l'âge de fin d'assurance et à la suite d'une maladie, d'une invalidité présumée permanente.

Une incapacité de gain temporaire ou une rente de l'assurance-invalidité fédérale (AI) limitée dans le temps ne donnent aucun droit à une indemnisation. Si dans la même décision de l'AI, un taux d'invalidité plus élevé ou plus bas, qui n'est pas limité dans le temps, est fixé, la prestation sera alors allouée sur la base du degré d'invalidité non limité dans le temps reconnu par l'AI.

19.2 Délai de carence

L'assureur verse le capital en cas d'invalidité au moment où la durée effective de l'invalidité a dépassé le délai de carence de 12 mois et où il existe une décision valide de l'AI (concernant une rente). Le délai de carence débute le

jour où la personne assurée a consulté pour la première fois un médecin au sujet de la maladie ayant causé l'incapacité de gain et où le médecin a attesté d'une incapacité de travail de 25% au minimum.

Le délai de carence n'est pas renouvelé en cas de récurrence ou si l'incapacité de travail est prolongée en raison de la même affection au cours des 12 mois qui suivent la fin de la première période d'arrêt.

Si, au terme du délai de carence de 12 mois, l'assurance-invalidité fédérale n'a rendu aucune décision, l'assureur peut retarder le versement jusqu'à ce qu'une décision soit rendue. Une fois la décision prise, le capital est versé avec effet rétroactif et sans intérêts.

20 Evaluation du degré d'incapacité de gain

20.1 Adultes exerçant une activité lucrative à plein temps

Dans le cas d'une personne assurée qui exerce une activité lucrative, le degré d'incapacité de gain sera déterminé en fonction de la perte de gain subie.

S'agissant d'une personne aux revenus réguliers, on comparera le revenu soumis aux cotisations AVS gagné avant la survenance d'une incapacité de gain (revenu de personne valide) avec celui que la personne touche après, ou avec celui qu'elle aurait pu toucher au sein d'un marché du travail équilibré (revenu de personne invalide).

En ce qui concerne les personnes dont les revenus sont irréguliers ou très variables, ainsi que les travailleurs indépendants, on utilisera le revenu moyen soumis aux cotisations AVS des 36 mois précédant la survenance d'une incapacité de gain.

20.2 Adultes sans activité lucrative ou exerçant une activité lucrative à temps partiel

S'agissant de personnes en formation, sans activité lucrative ou qui ont abandonné leur activité lucrative pour des raisons autres que médicales, le degré d'incapacité de gain sera calculé au moyen d'une comparaison d'activité. A cette fin, les activités et les tâches de la personne assurée avant et après la survenance de l'incapacité de gain seront ainsi évaluées, appréciées et comparées. L'impossibilité de continuer à exercer une activité ou une tâche dans le même domaine sera assimilée à l'incapacité de gain. La différence, exprimée en pourcentage des activités exercées jusqu'alors, correspond au degré d'incapacité de gain.

Dans le cas des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, le degré d'incapacité de gain sera établi selon une méthode mixte similaire à celle de l'assurance-invalidité (AI) fédérale.

20.3 Enfants

S'agissant des enfants en bas âge et des jeunes enfants, l'incapacité de gain sera calculée en fonction du degré d'incapacité de la personne assurée à exercer dans le futur une activité professionnelle. Le revenu suisse moyen attendu sera considéré comme revenu de personne valide pour les enfants n'ayant pas encore entrepris de formation professionnelle. Dans le cas des enfants ayant commencé une formation professionnelle, le revenu de personne valide correspond au revenu moyen attendu au terme de la formation commencée et dans le marché du travail ciblé.

21 Barème du capital en cas d'invalidité

L'invalidité, sa survenance, son degré et sa durée sont évalués par l'assureur, après réception de l'ensemble des documents nécessaires, à partir de l'avis médical d'un expert suisse reconnu ou désigné par l'assureur lui-même. L'appréciation du degré d'invalidité se fait sur la base des constatations médicales ainsi que de l'estimation de l'assurance-invalidité (AI) fédérale.

- Pour un degré d'invalidité compris entre 70% et 100%, la personne assurée peut prétendre à un versement total de son capital-invalidité.
- Pour un degré d'invalidité compris entre 25% et 70% la personne assurée peut prétendre à un versement d'une partie de son capital-invalidité en rapport avec le degré d'invalidité calculé.
- Un degré d'invalidité strictement inférieur à 25% n'ouvre pas de droit à un versement du capital en cas d'invalidité.

22 Couverture en cas de capacité de gain résiduelle

En cas d'incapacité de gain partielle avec un degré d'invalidité allant jusqu'à 69%, la couverture d'assurance est toujours valable pour la capacité de gain restante. Pour un nouveau cas de prestation, le capital total versé ne peut pas dépasser le montant initial de la couverture. Les primes dues correspondent toutefois au montant initial de la couverture.

23 Modification du degré d'incapacité de gain

Si une modification du degré d'incapacité de gain survient en raison d'une maladie postérieure au versement du capital en cas d'invalidité, il faut le communiquer immédiatement à l'assureur. La prestation sera adaptée au nouveau degré d'incapacité de gain.

24 Absence de droit aux prestations d'assurance

Les cas suivants n'ouvrent aucun droit aux prestations:

- lorsqu'un risque assuré est dû à une maladie, à une infirmité ou à toute conséquence d'un accident qui existait avant le début de la couverture d'assurance;
- lorsque l'événement assuré est dû à un accident au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ou à une maladie professionnelle au sens de la LAA;
- dans le cas de lésions corporelles assimilées à des accidents, par exemple l'inhalation non intentionnelle de gaz ou de vapeurs, ou bien l'ingestion accidentelle de substances toxiques ou corrosives;
- en cas de lésions prénatales, d'infirmités congénitales et de leurs conséquences;
- en cas d'abus de médicaments, de drogues ou d'alcool;
- en cas de gelures, de coups de chaleur, d'insolation ainsi que d'affections dues au rayonnement ultraviolet et à leurs conséquences;
- lorsque la personne assurée a été en contact avec des radiations ionisantes d'origine nucléaire et que cela a entraîné sa maladie;
- en cas de provocation intentionnelle de l'incapacité de gain;
- en cas de suicide ou de décès entraîné par une tentative de suicide et survenu dans les trois ans après le dépôt de la proposition;
- lorsqu'une tentative de suicide de la personne assurée a entraîné une invalidité qui s'est déclarée au cours des trois années suivant le dépôt de la proposition;
- lorsque la personne assurée participe à des actions de maintien de la paix, à une guerre ou à des actions assimilables à une guerre.

25 Diminution du droit aux prestations d'assurance

Si les atteintes à la santé sont dues seulement en partie à une maladie assurée, une expertise médicale déterminera l'influence des facteurs extérieurs, et les prestations de l'assureur seront réduites en conséquence.

Le montant du capital en cas d'invalidité déjà versé à l'assuré sera déduit de la prestation en cas de décès reconnu.

26 Frais de reconversion professionnelle
L'assureur ne prend pas en charge les frais de reconversion professionnelle.

27 Contrôle du droit aux prestations d'assurance
Le droit à la prestation d'assurance sera contrôlé par l'assureur dès que celle-ci sera en possession de l'ensemble des documents nécessaires. Afin de clarifier le droit à la prestation, tous les documents suivants doivent au préalable être adressés à l'assureur:
en cas de décès:
– proposition de prestation complétée
– certificat de famille
– acte de décès officiel
en cas d'invalidité:
– proposition de prestation complétée
– rapport circonstancié des médecins traitants quant à la cause, au déroulement et à la durée de l'invalidité
– décision AI

L'assureur peut exiger ou obtenir d'elle-même d'autres informations et pièces justificatives, et elle peut faire examiner la personne assurée à tout moment par un médecin-conseil. Les médecins de la personne assurée doivent être déliés du secret médical vis-à-vis de l'assureur.

28 Versement des prestations d'assurance
Les prestations d'assurance sont versées lorsque les ayants droit ont déposé l'ensemble des documents nécessaires au contrôle et à l'évaluation du droit aux prestations et que le contrôle est positif.
La prestation d'assurance est exigible au plus tard à l'expiration d'un délai de quatre semaines à compter de la date à laquelle l'assureur a reçu l'ensemble des documents et indications lui permettant de s'assurer de l'exactitude de la prétention.
Les primes d'assurance sont dues jusqu'à la survenance de l'invalidité totale au sens de l'AI.
Les prestations d'assurance sont réglées en francs suisses (CHF) sur un compte en Suisse.

V Obligations du preneur d'assurance

29 Obligation de déclaration/examen de santé
Tous les faits pertinents pour l'évaluation du risque doivent être indiqués de manière complète et conforme à la vérité dans le formulaire de la proposition, dans la mesure où ils sont connus ou devraient être connus. Si de tels faits sont communiqués de manière inexacte ou dissimulés, l'assureur est en droit de dénoncer le contrat par une déclaration écrite, dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence. La résiliation prend effet à sa réception par le preneur d'assurance.
Si le contrat prend fin par résiliation, l'obligation de l'assureur d'allouer des prestations s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Si des prestations ont déjà été octroyées, l'assureur a droit à leur remboursement. Aucun remboursement des primes ne peut être exigé.
Le preneur d'assurance, de même que la personne assurée, sont tenus de signaler à l'assureur, pendant toute la procédure d'admission, tous les changements dont ils ont connaissance ou dont ils auraient dû avoir connaissance. Tous les changements de ce type (par exemple une modification de l'état de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident, une aggravation des risques, etc.) survenus entre le dépôt de la proposition et la date de début de l'assurance

doivent également être communiqués à l'assureur, le preneur d'assurance devant alors compléter ou corriger la déclaration faite dans la proposition. L'assureur se réserve la possibilité d'adapter la couverture a posteriori sur la base de ces faits nouveaux.

30 Procédure pour les cas de prestation
Une incapacité de gain pouvant déclencher l'obligation de prestations de l'assureur doit immédiatement être signalée. La personne assurée est tenue de suivre les consignes du médecin traitant ainsi que du personnel soignant. La personne assurée est tenue de se soumettre aux frais de l'assureur aux examens médicaux réalisés par un médecin désigné par l'assureur et doit suivre les consignes de ce médecin. Toutes les mesures nécessaires à l'appréciation des circonstances du risque assuré doivent également être prises.
Un décès doit être immédiatement signalé à l'assureur. De plus, tous les documents nécessaires doivent être immédiatement communiqués afin qu'il soit possible de contrôler et d'évaluer le droit à l'assurance.
L'assureur est en droit d'exiger des justificatifs ainsi que des informations supplémentaires, notamment des certificats médicaux.
L'ayant droit reconnaît à l'assureur le droit d'exiger directement et aux frais de l'assureur tout justificatif ou toute information de cet ordre. La personne assurée délègue du secret professionnel et légal les médecins qui l'ont traitée, de même que les institutions d'assurance impliquées dans le cas de sinistre, vis-à-vis de l'assureur.

31 Obligation de communication
Toutes les communications et déclarations doivent être adressées à l'assureur. Toutes les communications de l'assureur sont valablement notifiées à la dernière adresse (adresse postale ou adresse e-mail) transmise par la personne assurée ou l'ayant droit.

32 Obligation de coopération
Dans le cadre de l'obligation de coopération et de l'obligation de diminution du dommage, la personne assurée doit donner à l'assureur l'autorisation d'obtenir toutes les informations et tous les dossiers nécessaires auprès des hôpitaux, des médecins, des services administratifs, des compagnies d'assurance, des institutions d'assurance sociale et de tiers, et toutes ces institutions et personnes doivent être déliées du secret professionnel.
La personne assurée est tenue de fournir immédiatement à l'assureur toutes les informations demandées quant à son état de santé actuel et passé, ainsi que toutes celles concernant le déroulement de sa maladie.
L'assureur se réserve le droit de faire examiner la personne assurée par des médecins qu'elle a elle-même désignés. La personne assurée est tenue de se soumettre aux frais de l'assureur aux examens médicaux réalisés par des médecins désignés par l'assureur et doit suivre leurs consignes.
En cas de non-respect d'une de ces obligations par les ayants droit, le droit aux prestations n'est pas établi, et l'assureur a la possibilité de réduire les prestations ou même de les refuser entièrement. Dans ce cas, l'obligation de paiement des primes n'est pas suspendue.

33 Conséquences en cas de violation des termes du contrat
En cas de manquement volontaire aux obligations formulées dans les paragraphes 30 à 33 ayant pu avoir une influence négative sur l'ampleur ou sur l'identification des conséquences de la maladie, l'assureur est en droit de diminuer ses prestations, à moins que la personne assurée ou l'ayant droit puisse prouver que la violation des termes

du contrat n'a eu aucune influence sur les conséquences et sur l'identification de la maladie.

VI Primes

34 Calcul des primes

Les primes sont calculées mensuellement en fonction de la catégorie d'âge de la personne assurée ainsi que du montant des sommes d'assurance et sont indiquées dans la police d'assurance. Le montant des primes est garanti pour une année civile.

35 Groupes d'âge tarifaires

La prime dépend de l'âge de la personne assurée. Est déterminant le montant des primes valable pour le groupe d'âge tarifaire correspondant. En atteignant l'âge maximal de son groupe d'âge tarifaire, la personne assurée passe d'office dans le groupe d'âge tarifaire supérieur qui suit dès le début de l'année civile suivante.

Les groupes d'âge tarifaires sont:

- de 1 à 18 ans
- de 19 à 25 ans
- de 26 à 30 ans
- de 31 à 35 ans
- de 36 à 40 ans
- de 41 à 45 ans
- de 46 à 50 ans
- de 51 à 55 ans
- de 56 à 60 ans

36 Modification des primes

L'assureur communique les modifications des primes par écrit, au plus tard 30 jours avant la fin de l'année civile.

Si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec la modification des primes, il peut résilier le contrat par écrit pour la fin de l'année civile en cours. CSS Assurance-vie SA, Tribschenstrasse 21, Case postale, 6002 Lucerne, doit recevoir la résiliation au plus tard le dernier jour ouvrable de l'année civile.

37 Modification des tarifs

Les montants des primes peuvent varier. L'assureur peut également adapter ses tarifs à la suite d'un changement important des conditions sur lesquelles repose le calcul des primes.

38 Sommation et retard de paiement

Si la prime n'est pas payée dans le délai mentionné sur la facture, la personne assurée est sommée par écrit d'effectuer le paiement des arriérés dans un délai de 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, selon l'art. 20, al. 1, LCA. La sommation doit rappeler les conséquences du retard. Si cette sommation reste sans effet, l'obligation de prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.

A l'expiration du délai de sommation, la personne assurée devra s'acquitter d'un intérêt moratoire légal. La personne assurée devra prendre en charge les coûts liés à la sommation.

Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation, elle est censée s'être départie du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée (Art. 21 LCA).

L'assureur est en droit de compenser les primes impayées avec les prestations dues à la personne assurée. Il n'existe aucun droit de compensation vis-à-vis de l'assureur.

Si l'assureur a poursuivi le paiement légal de la prime ou l'a accepté ultérieurement, l'obligation de prestations reprend

effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais. L'assureur n'est pas tenue à l'obligation de fournir des prestations pour les risques assurés survenus pendant la période de suspension, même après le paiement des primes arriérées.

VII Données client et protection des données

39 Protection des données

La protection des données est régie par la LCA et la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Le traitement des données par l'assureur est expliqué dans la déclaration de protection des données. Celle-ci décrit la manière dont l'assureur traite les données personnelles. La déclaration de protection des données a une valeur déclaratoire et ne fait pas partie du contrat. Elle peut être consultée sur css.ch/protection-donnees ou commandée à l'adresse suivante: CSS, Conseiller à la protection des données, Tribschenstrasse 21, Case postale, 6002 Lucerne.

40 Droit d'accès aux informations

La personne assurée a le droit de demander à l'assureur des renseignements sur les données traitées la concernant.

VIII Dispositions finales

41 Lieu d'exécution

Le lieu d'exécution est le lieu de domicile de l'ayant droit. En l'absence d'une telle résidence, le lieu d'exécution est le siège de l'assureur. Les obligations prévues par l'assurance doivent être réalisées en Suisse et en monnaie suisse. En cas d'hypothèque, l'assureur ne versera une prestation qu'avec l'autorisation écrite du créancier.

42 For compétent et droit applicable

En cas de litiges concernant le présent contrat, seul le droit suisse est applicable. Le seul for compétent pour tous les litiges concernant le présent contrat est le siège de la CSS Assurance-vie SA.

