



Conditions générales d'assurance de Sympany

Capital risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie (CGA capita maladie)

Edition 2017

Table des matières

Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)			
1	Dispositions communes	Page	2
	capita maladie (capital risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie)	Page	11

Dispositions communes

Table des matières

2/18

1	Bases de l'assurance	5	Fin de l'assurance
1.1	But	5.1	Résiliation par le preneur d'assurance
1.2	Assureurs responsables	5.1.1	Résiliation ordinaire
1.3	But de l'assurance	5.1.2	Résiliation en cas de sinistre
1.4	Conditions générales d'assurance (CGA)	5.1.3	Droit de passage en cas de résiliation du contrat collectif
1.5	Conditions pour l'assurance collective	5.2	Renoncement au droit de résiliation par l'assureur
1.6	Loi sur le contrat d'assurance	5.3	Autres motifs fondant la fin du contrat
2	Catégories d'assurance	6	Prestations
2.1	Possibilités d'assurance	6.1	Définitions
2.2	Modifications des catégories d'assurance	6.1.1	Maladie
2.3	Catégories d'assurance choisies	6.1.2	Accident
3	Personnes assurées	6.1.3	Maternité
3.1	Assurance individuelle	6.2	Validité des prestations
3.2	Assurance collective	6.2.1	Validité territoriale des prestations
4	Début et durée de l'assurance	6.2.2	Validité temporelle des prestations
4.1	Procédure lors de la conclusion de l'assurance	6.3	Prestations assurées
4.1.1	Proposition	6.3.1	Etendue des prestations
4.1.2	Obligation de renseigner	6.3.2	Traitements économiques
4.1.3	Refus ou exclusion des prestations	6.3.3	Traitements par des personnes médicales reconnues
4.1.4	Documents	6.4	Limitations sur le plan des prestations
4.1.5	Droit de révocation	6.4.1	Maladies et accidents préexistants
4.2	Début de l'assurance	6.4.2	Exclusion des prestations
4.3	Durée de l'assurance	6.4.3	Restrictions en matière de prestations
4.3.1	Période d'assurance	7	Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident
4.3.2	Durée d'assurance plus longue	7.1	Obligation de déclarer
4.3.3	Moment de la conclusion de l'assurance	7.2	Obligation de réduire le dommage
4.3.4	Prolongation de l'assurance	7.3	Obligation de renseigner
4.4	Modification de l'assurance	8	Primes et paiements
4.4.1	Modification par le preneur d'assurance	8.1	Fixation des primes
4.4.2	Modification par l'assureur	8.1.1	En général
4.5	Suspension de l'assurance	8.1.2	Montant des primes
4.5.1	Condition	8.1.3	Rabais familial
4.5.2	Durée et étendue de la suspension	8.2	Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux frais
		8.3	Paiement des primes
		8.3.1	Echéance
		8.3.2	Retard dans le paiement

8.4 Participation aux excédents

8.4.1 Principe

8.4.2 Condition

8.4.3 Versement

**8.5 Rabais en cas de non-recours
aux prestations (RNRP)**

8.5.1 Principe

8.6 Autres dispositions régissant le paiement

8.6.1 Compensation

8.6.2 Cession et mise en gage

8.6.3 Versement des prestations

8.6.4 Prescription

9 Prestations de tiers**9.1 Subsidiarité**

9.1.1 En général

9.1.2 Prestations des pouvoirs publics

9.1.3 Pluralité d'assureurs

9.1.4 Renoncement aux prestations

9.2 Assurances sociales**9.3 Prestations provisoires et recours****9.4 Surassurance****10 Carte client****11 Protection des données****12 Communications****13 For****14 Entrée en vigueur**

1 Bases de l'assurance

1.1 But

Des assurances complémentaires et autres assurances sont offertes conformément aux présentes conditions générales d'assurance et en complément de l'assurance-maladie selon la LAMal.

1.2 Assureurs responsables

Les assureurs responsables sont les sociétés d'assurance (désignées ci-après par assureurs) mentionnées dans les différentes catégories d'assurance.

La caisse servant d'intermédiaire est la caisse-maladie (désignée ci-après par la caisse) mentionnée sur la police d'assurance. Elle est autorisée à effectuer tout acte au nom et pour le compte de l'organisme d'assurance.

1.3 But de l'assurance

Sont assurées les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité survenant durant la période pour laquelle l'assurance est conclue.

La couverture des accidents peut être exclue, dans la mesure où ceci est prévu dans les dispositions des différentes catégories d'assurance.

1.4 Conditions générales d'assurance (CGA)

Les CGA règlent les rapports d'assurance, dans la mesure où des conditions particulières n'ont pas été convenues dans le contrat individuel.

Les dispositions communes des CGA sont applicables à toutes les catégories d'assurance mentionnées ci-après. Les détails en matière de prestations figurent dans les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance. Les dispositions de chaque catégorie d'assurance priment lorsque les différentes catégories d'assurance s'écartent des dispositions communes.

1.5 Conditions pour l'assurance collective

Les CGA sont également valables pour les assurances collectives dans le domaine des frais de guérison. Des conditions dérogatoires peuvent être convenues dans chaque contrat collectif, notamment en ce qui concerne l'admission, l'étendue des prestations, la fixation des primes, la durée d'assurance, la résiliation et concernant la répartition des droits et obligations entre le preneur d'assurance et la personne assurée.

Les dispositions régissant le contrat collectif priment les conditions générales d'assurance.

Le preneur d'assurance a un droit de regard sur les conditions du contrat collectif concernant le rapport d'assurance.

1.6 Loi sur le contrat d'assurance

Pour autant que les dispositions du contrat ne fixent pas de réglementations dérogatoires, les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 sont applicables.

2 Catégories d'assurance

2.1 Possibilités d'assurance

Les catégories d'assurance selon les présentes CGA sont:

- plus,
- premium,
- supplément général,
- supplément privé,
- hospita générale, demi-privée, privée, accident privé, globale, flex, confort,
- salto,
- mondial,
- dental,
- tourist,
- protect,
- capita accident,
- capita maladie.

Certaines catégories d'assurance sont pratiquées dans les variantes casamed et/ou mondial.

2.2 Modifications des catégories d'assurance

Les catégories d'assurance peuvent, sous garantie des droits acquis, être adaptées par l'assureur aux besoins changeants, être complétées ou faire l'objet d'une nouvelle répartition.

2.3 Catégories d'assurance choisies

La police d'assurance fait mention des catégories d'assurance souscrites. Les dispositions particulières ou accords spéciaux qui dérogent aux conditions générales d'assurance sont également indiqués sur la police d'assurance.

3 Personnes assurées

3.1 Assurance individuelle

Sont assurées les personnes mentionnées sur la police d'assurance.

3.2 Assurance collective

Le contrat collectif fixe le cercle des personnes assurées ou assurables.

Les personnes ou groupes de personnes mentionnés sur la police d'assurance sont assurés.

4 Début et durée de l'assurance

4.1 Procédure lors de la conclusion de l'assurance

4.1.1 Proposition

La proposition en vue de la conclusion de l'assurance a lieu par écrit au moyen du formulaire de la caisse. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur le formulaire. Les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils ne peuvent être assurées que par leur représentant légal.

4.1.2 Obligation de renseigner

Lorsque des indications incorrectes ou incomplètes sont fournies lors du dépôt de la proposition, la caisse peut se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où elle a eu connaissance de la réticence.

Au moment de la résiliation du contrat, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour des sinistres déjà survenus pouvant être mis en relation avec les indications incorrectes ou incomplètes.

Dans la mesure où elle a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, la caisse a droit à son remboursement.

En déposant sa proposition en vue de la conclusion de l'assurance, le proposant autorise la caisse à prendre des renseignements nécessaires à la conclusion de l'assurance et à l'examen d'une obligation à prestations ultérieure auprès des personnes médicales ainsi qu'auprès d'autres assureurs.

La caisse peut demander un certificat médical ou peut, à ses frais, exiger un examen médical.

Le preneur d'assurance doit veiller à ce qu'il puisse fournir toutes les indications nécessaires sur la personne assurée.

4.1.3 Refus ou exclusion des prestations

La caisse peut refuser des propositions ou exclure certaines prestations de la couverture d'assurance.

4.1.4 Documents

Lors de la conclusion de l'assurance, le preneur d'assurance reçoit:

- la police d'assurance,
- les conditions générales d'assurance.

4.1.5 Droit de révocation

La personne qui soumet une proposition d'assurance à l'assureur et qui ne fixe pas de délai plus court pour l'acceptation demeure liée pendant 14 jours. Si l'assurance exige un examen médical, le proposant reste lié pendant quatre semaines.

Si la teneur de la police d'assurance ou des avenants ne concorde pas avec les accords intervenus, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée.

4.2 Début de l'assurance

L'assurance déploie ses effets dès la date confirmée sur la police d'assurance.

4.3 Durée de l'assurance

4.3.1 Période d'assurance

La durée d'assurance correspond à une année civile et s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

4.3.2 Durée d'assurance plus longue

Un rabais peut être accordé en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières.

4.3.3 Moment de la conclusion de l'assurance

La conclusion de l'assurance est également possible, en tout temps, en cours de l'année civile. La prime se calcule en fonction de la durée d'assurance restante.

4.3.4 Prolongation de l'assurance

A la fin de chaque année civile, le contrat d'assurance est prolongé tacitement pour une nouvelle année civile, s'il n'est pas résilié par le preneur d'assurance dans le délai de résiliation ordinaire.

Tout changement d'assurance de la part de l'assureur est effectif pour le début de la nouvelle période d'assurance.

4.4 Modification de l'assurance

4.4.1 Modification par le preneur d'assurance

Les propositions en vue d'une modification du contrat d'assurance impliquant une couverture plus élevée ou les propositions pour lesquelles une déclaration de santé est exigée sont

considérées comme proposition en vue d'un nouveau contrat d'assurance.

En cas de diminution de la couverture d'assurance, les dispositions régissant la résiliation sont applicables.

4.4.2 Modification par l'assureur

Si, après la conclusion de l'assurance, des changements considérables interviennent dans les conditions-cadres pour l'assurance des conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident, comme l'élargissement du nombre de personnes médicales ou nouvelles catégories de personnes médicales, l'extension de l'offre en prestations médicales, l'introduction de formes de thérapie nouvelles et onéreuses ou de médicaments et autres développements similaires, ou des changements dans la législation sur l'assurance sociale, l'assureur est en droit d'adapter les dispositions régissant les assurances.

Ces nouvelles conditions contractuelles entrent en vigueur au début d'une nouvelle période d'assurance et sont communiquées au preneur d'assurance 30 jours à l'avance. Ce dernier a le droit de résilier les catégories d'assurance concernées dans les 30 jours à compter de la communication pour la fin de la période d'assurance en cours. Si aucune résiliation n'intervient de la part du preneur d'assurance, il y a acceptation des nouvelles conditions du contrat.

4.5 Suspension de l'assurance

4.5.1 Condition

La suspension de l'assurance dans une ou dans toutes les catégories d'assurance peut être demandée, pour autant qu'il soit établi qu'une couverture d'assurance existe par ailleurs.

L'accord concernant une suspension est soumis à la même procédure que la nouvelle conclusion d'une assurance (établissement d'une proposition, obligation de renseigner, possibilité de refus, documents, droit de révocation). Une prime réduite est perçue durant la période de suspension.

4.5.2 Durée et étendue de la suspension

La suspension déploie ses effets après le dépôt de la demande au plus tôt dès le premier jour du mois qui suit la survenance du fait qui a donné naissance à la suspension.

La suspension doit être demandée pour une durée d'au moins trois mois et peut être conclue pour une durée allant jusqu'à six ans. Une nouvelle prolongation de la suspension peut être demandée. Le contrat prend fin lorsque la caisse ne peut pas approuver une prolongation.

En cas de séjour à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Lorsque le motif de la suspension prend fin, la protection d'assurance est remise intégralement en vigueur, dans la mesure où la demande en est faite dans les 30 jours. Si la protection d'assurance n'est pas réactivée dans le délai précité, l'assurance prend fin sans autres.

5 Fin de l'assurance

5.1 Résiliation par le preneur d'assurance

5.1.1 Résiliation ordinaire

L'assurance ou une catégorie d'assurance peut être résiliée par écrit jusqu'au 30 septembre au plus tard pour le 31 décembre. Les dispositions dérogatoires régissant la résiliation

dans les différentes catégories d'assurance demeurent réservées.

5.1.2 Résiliation en cas de sinistre

Après chaque sinistre pour lequel l'assureur a alloué des prestations, le preneur d'assurance peut se départir par écrit de la partie correspondante du contrat, c'est-à-dire de la catégorie d'assurance concernée, dans les 14 jours qui suivent le paiement ou le moment où il a connaissance de la prise en charge des prestations par l'assureur. La prime est due jusqu'à la fin de l'assurance.

5.1.3 Droit de passage en cas de résiliation du contrat collectif

Les personnes assurées dont l'assurance prend fin suite à la résiliation du contrat collectif ont le droit de passer dans une assurance individuelle équivalente. En cas de passage à une couverture d'assurance supérieure, une nouvelle déclaration de santé est nécessaire. Le droit de passage doit être exercé dans les 30 jours qui suivent la fin du contrat collectif.

Il n'existe aucun droit de passage lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat collectif pour ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur.

5.2 Renoncement au droit de résiliation par l'assureur

L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat à l'échéance du contrat ou en cas de sinistre. En demeure excepté le droit de résiliation dans le secteur des contrats collectifs. De même, la résiliation du contrat en cas de tentative d'abus ou d'abus d'assurance demeure réservée.

5.3 Autres motifs fondant la fin du contrat

L'assurance prend fin en outre dans les cas suivants:

- a) au décès de la personne assurée,
- b) en cas de départ à l'étranger (sauf pour les frontaliers, les travailleurs détachés ou en cas de conclusion d'une variante mondial),
- c) lorsque la limite d'âge fixée pour la protection d'assurance est atteinte,
- d) en cas d'épuisement définitif du droit à l'ensemble des prestations dans une catégorie d'assurance,
- e) lorsque le contrat, à l'échéance de la durée maximale (max. 36 mois, prolongation possible de 36 mois) dans mondial ou en cas de suspension, n'est pas prolongé,
- f) lorsque la personne assurée est soumise à l'obligation d'assurance, en Suisse ou à l'étranger, au cours des rapports d'assurance, ou lorsque la libération de l'obligation d'assurance s'éteint, mondial prend fin à la date de l'assujettissement à la nouvelle obligation d'assurance, au plus tôt toutefois à la fin du mois au cours duquel Sympany reçoit une communication correspondante.

6 Prestations

6.1 Définitions

6.1.1 Maladie

Par maladie, on entend une atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

6.1.2 Accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause exté-

rieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort.

Dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie ou une dégénérescence, les lésions corporelles suivantes, énumérées à titre exhaustif, sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a) les fractures
- b) les déboitements d'articulations
- c) les déchirures du ménisque
- d) les déchirures de muscles
- e) les froissements de muscles
- f) les déchirures de tendons
- g) les lésions de ligaments
- h) les lésions du tympan

Ne constituent pas une lésion corporelle au sens de l'alinéa ci-dessus les dommages non causés par un accident aux objets mis en place suite à une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps.

Par accident, on entend également les maladies professionnelles reconnues comme accidents aux termes de la LAA.

6.1.3 Maternité

Les prestations liées à la grossesse et à l'accouchement sont assurées au même titre que la maladie si, au moment de l'accouchement, l'assurance de la mère auprès de l'assureur a déjà duré depuis au moins 270 jours ou, en cas d'une assurance antérieure équivalente par un autre assureur, si le dépôt de la proposition d'assurance a été confirmé par la caisse au moins 270 jours avant l'accouchement.

6.2 Validité des prestations

6.2.1 Validité territoriale des prestations

L'assurance est valable en principe pour les prestations fournies en Suisse et, en cas de traitement d'urgence, dans le monde entier. Les dispositions régissant la validité territoriale dans les conditions d'assurance des différentes catégories d'assurance priment.

Les frontaliers bénéficient de la protection d'assurance également pour les prestations fournies à leur lieu de domicile.

6.2.2 Validité temporelle des prestations

Un droit aux prestations existe pendant la durée de l'assurance. Il n'existe aucun droit aux prestations pour les coûts engendrés après la fin de l'assurance.

Sont déterminants la date du traitement ou le moment du recours à la prestation assurée.

6.3 Prestations assurées

6.3.1 Etendue des prestations

Sont assurées les prestations conformément à la couverture mentionnée sur la police d'assurance et selon les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance.

6.3.2 Traitements économiques

Les traitements sont couverts lorsqu'ils sont économiques, efficaces, appropriés et médicalement nécessaires. Ceci signifie que les coûts de traitements médicaux sont pris en charge dans la mesure où ils se limitent à ce qui est exigé par l'intérêt de la personne assurée et par le but du traitement.

En vue de la prise en charge optimale de ses assurés, la caisse peut convenir de mesures d'accompagnement avec les fournisseurs de prestations reconnus dans le but de garantir, par une meilleure collaboration et coordination entre les fournisseurs de prestations et la caisse, le traitement le plus efficace, le plus approprié et le plus économique pour les assurés. La caisse peut charger une conseillère ou un conseiller en santé de l'exécution de ces mesures.

En cas de facturation manifestement exagérée, la caisse peut réduire ses prestations en conséquence ou faire dépendre son paiement de la cession de la créance réduite.

6.3.3 Traitements par des personnes médicales reconnues

Les traitements par des personnes médicales ou des institutions médicales sont assurés si celles-ci sont reconnues aux termes de la LAMal. Les prestations d'autres personnes ou institutions sont assurées dans la mesure où ceci est prévu dans les différentes catégories d'assurance.

6.4 Limitations sur le plan des prestations

6.4.1 Maladies et accidents préexistants

La caisse peut excepter de la couverture d'assurance les maladies et les suites d'accidents qui existent ou existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance (réserve) ou refuser toute la proposition.

En cas d'augmentation d'assurance avec réserve, il n'y a aucune restriction dans la nouvelle catégorie ou classe d'assurance pour les prestations qui étaient déjà couvertes par l'ancienne catégorie d'assurance.

Les restrictions de couverture sont communiquées par écrit à la personne assurée.

6.4.2 Exclusion des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les maladies et les suites d'accident qui existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance et que la caisse a exceptées de l'assurance,
- b) pour les maladies et les suites d'accident qui existaient déjà au moment du dépôt de la proposition et qui n'ont pas été déclarées ou indiquées uniquement de manière incomplète,
- c) durant un délai d'attente,
- d) lorsqu'un traitement ne sert pas à guérir une atteinte à la santé ou les suites de celle-ci. Les mesures qui empêchent l'apparition imminente ou l'aggravation d'un trouble de la santé demeurent réservées s'il y a déjà un état morbide,
- e) pour les traitements effectués par un fournisseur de prestations non reconnu par la caisse,
- f) pour les traitements dentaires, dans la mesure où la couverture n'est pas réglée expressément dans la catégorie d'assurance souscrite,
- g) en cas de suspension de l'assurance,
- h) en cas d'arriérés de paiement à partir de l'échéance du délai de sommation jusqu'au paiement intégral de toutes les créances,
- i) en cas de participation à des actes de guerre, des désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger,
- j) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours,
- k) pour les maladies et les accidents dus à la participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents,

- l) pour les conséquences de tremblements de terre et d'autres catastrophes naturelles,
- m) pour les dommages à la santé résultant de gros sinistres industriels ou pour les dommages causés par l'énergie atomique,
- n) pour les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) à Soleure a convenu des forfaits par cas, et ceci indépendamment du lieu où la transplantation est pratiquée,
- o) pour les participations légales et convenues aux frais de l'assurance obligatoire des soins,
- p) pour les maladies épidémiques.

D'autres exclusions et limitations de prestations éventuelles sont fixées dans les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance.

6.4.3 Restrictions en matière de prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- a) en cas de transgression fautive des obligations par le preneur d'assurance ou la personne assurée,
- b) pour les maladies ou accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues,
- c) pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c'est-à-dire lorsque la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. En sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes. Est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la participation à des courses avec des véhicules à moteur, un entraînement pour de telles courses ou la pratique de sports à risques qui ne sont pas suivis, accompagnés et organisés par des professionnels et des personnes qualifiées. La caisse tient une liste de l'ensemble des sports à risques considérés comme entreprise téméraire. Cette liste n'est pas exhaustive et peut être consultée à tout moment par les personnes assurées,
- d) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement, également par suite d'une tentative de suicide ou d'automutilations,
- e) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas produits dans les quatre semaines.

7 Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident

7.1 Obligation de déclarer

Les personnes assurées doivent faire valoir leurs prétentions auprès de la caisse dans les délais fixés dans les dispositions pour les différentes catégories d'assurance. La survenance d'un accident doit être annoncée au plus tard dans les dix jours.

L'annonce doit se faire véridiquement. Lorsque des prestations sont réclamées, toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires doivent être mises à la disposition de la caisse. Seules les factures originales et lisibles sont acceptées.

7.2 Obligation de réduire le dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à réduire le dommage, notamment ce qui favorise la guérison, et doit éviter tout ce qui pourrait nuire à la guérison.

La personne assurée soutient l'activité de la conseillère ou du conseiller en santé dans le cadre des mesures d'accompagnement de la caisse et lui fournit les renseignements nécessaires.

7.3 Obligation de renseigner

La personne assurée délève du secret professionnel envers la caisse les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs. La caisse peut au besoin demander des renseignements.

La personne assurée doit, sur demande, se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de la caisse. Les frais sont à la charge de l'assureur.

La personne assurée doit renseigner la caisse sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité.

Les décomptes de tiers doivent être présentés à la demande de la caisse.

Pour les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils, le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'obligation de renseigner soit respectée.

8 Primes et paiements

8.1 Fixation des primes

8.1.1 En général

Les primes sont fixées dans un tarif de primes par catégorie d'assurance.

8.1.2 Montant des primes

Le montant des primes est fixé conformément au risque, par exemple d'après l'âge, le lieu de domicile, le montant du risque assumé personnellement ou assumé par l'assuré.

Les modifications de primes suite à un changement de groupe de risque entrent automatiquement en vigueur.

Une prime réduite est perçue pour les assurances suspendues.

8.1.3 Rabais familial

Des rabais de prime peuvent être fixés pour les familles, notamment pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières ou lorsque l'épouse et l'époux s'assurent de façon équivalente.

Un rabais est accordé aux enfants:

- en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières: à condition que l'un des parents soit au bénéfice, auprès de Sympany, d'une couverture au moins équivalente à celle de l'enfant et que parent et enfant vivent dans le même ménage (police familiale).
- en cas d'exonération de prime dès le troisième enfant: à condition que les deux frères et sœurs aînés, âgés de moins de 25 ans et vivant dans le même ménage (police familiale), soient au bénéfice d'une couverture au moins équivalente auprès de Sympany.

8.2 Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux frais

Les tarifs de primes et la participation aux frais peuvent être adaptés en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres.

Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance 30 jours à l'avance. Ils ont le droit de résilier la catégorie d'assurance correspondante dans les 30 jours qui suivent la communication de la caisse avec effet à la date de l'entrée en vigueur de l'adaptation des primes. Un droit de résiliation extraordinaire aux mêmes conditions résulte des adaptations de primes suite au passage automatique à une classe d'âge supérieure.

Si aucune résiliation n'est présentée, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée.

8.3 Paiement des primes

8.3.1 Echéance

Les primes sont payables d'avance, conformément aux échéances stipulées sur le décompte de prime et aux délais de paiement.

Les primes sont dues sans interruption, donc également en cas de maladie, d'accident, de grossesse et de maternité, d'incapacité de travail ou en cas de suspension du droit aux prestations.

Lorsque l'assurance débute ou prend fin au cours d'un mois civil, la prime est due pour le mois entier.

8.3.2 Retard dans le paiement

Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à l'obligation de payer les primes ou la participation aux frais même après le délai complémentaire de 30 jours, il sera sommé par écrit de payer les primes ou participations aux frais en souffrance dans les 14 jours. La sommation attire l'attention du preneur d'assurance sur les conséquences de l'inobservation de l'obligation de paiement.

Les frais de sommation et de dossier occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge de la personne assurée.

Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations est suspendue pour les traitements et pertes de gain qui ont lieu à partir de l'expiration du délai de paiement jusqu'à paiement intégral des montants arriérés, y compris les intérêts et les frais administratifs.

Pour les maladies et les accidents et leurs suites survenant durant la suspension de l'obligation à prestations, il n'y a pas la moindre couverture d'assurance, même pas en cas de paiement ultérieur des montants arriérés.

La caisse peut se départir du contrat dès l'expiration du délai de sommation. Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après expiration du délai de sommation, le contrat s'éteint.

8.4 Participation aux excédents

8.4.1 Principe

Dans la mesure où l'assuré majeur présente une évolution de risque favorable, il peut recevoir une participation à un excédent éventuel, c'est-à-dire au bénéfice net de l'assureur.

8.4.2 Condition

La participation à un bénéfice éventuel est soumise à la condition que la personne assurée n'ait pas eu recours, pen-

dant une année civile au moins, aux prestations de l'assureur ou de la caisse. Tombent sous le coup de cette disposition toutes les catégories d'assurance, y compris l'assurance obligatoire des soins ou une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal.

8.4.3 Versement

La participation éventuelle aux excédents est versée sous forme d'un versement unique au plus tôt à l'échéance d'une année qui suit l'année civile sans recours aux prestations. Elle ne peut être versée qu'aux personnes qui sont assurées auprès de Sympany au moment du versement.

8.5 Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

8.5.1 Principe

Dans la variante prévoyant un rabais en cas de non-recours aux prestations, un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

8.6 Autres dispositions régissant le paiement

8.6.1 Compensation

La caisse peut compenser des prestations échues avec des créances contre la personne assurée ou le preneur d'assurance.

La personne assurée ou le preneur d'assurance n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de la caisse.

8.6.2 Cession et mise en gage

Les créances envers la caisse ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'agrément de ce dernier.

8.6.3 Versement des prestations

Sauf convention contraire passée entre l'assureur et les fournisseurs de prestations, la personne assurée est débitrice des honoraires à l'égard des fournisseurs de prestations.

La caisse vire les prestations à la personne assurée sur son compte bancaire ou postal. Les coordonnées du compte doivent être communiquées à la caisse au préalable. Si les versements sont exigés au moyen d'autres modes de paiement, la caisse peut demander une indemnisation des frais supplémentaires encourus.

En présence de conventions et de tarifs contraires entre l'assureur et les fournisseurs de prestations, la caisse effectue le paiement direct aux fournisseurs de prestations. Lorsque la caisse effectue un paiement direct aux fournisseurs de prestations, la personne assurée est tenue de rembourser la participation aux frais convenue dans les 30 jours qui suivent la facturation de la caisse.

Les accords sur les honoraires, passés entre auteurs de factures et personnes assurées, ne lient pas l'assureur. Il n'y a droit aux prestations que dans le cadre du tarif reconnu par l'assureur pour le fournisseur de prestations concerné.

La caisse exige la restitution des prestations touchées à tort.

8.6.4 Prescription

Le droit aux prestations de la personne assurée à l'égard de l'assureur se prescrit par deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation de l'assureur.

9 Prestations de tiers

9.1 Subsidiarité

9.1.1 En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncé sur la base de dispositions légales ou en raison d'une faute imputable, l'assureur n'est pas tenu à prestations ou tout au plus pour la part non couverte. Pour les prétentions en matière de prestations à l'égard de tiers, il n'y a aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA dans les limites des dites prétentions.

9.1.2 Prestations des pouvoirs publics

Pour les prétentions en matière de prestations ou de réductions vis-à-vis des cantons et des communes, il n'y a également aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA.

9.1.3 Pluralité d'assureurs

Lorsque plusieurs assurances privées ont été souscrites, les prestations au sens des présentes conditions générales d'assurance sont accordées subsidiairement aux prestations de l'autre assureur. Si les conditions d'assurance de l'autre assureur prévoient également une clause de subsidiarité, les dispositions de la loi sur le contrat d'assurance relatives à la double assurance s'appliquent.

9.1.4 Renoncement aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'agrément de la caisse à tout ou partie des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation à prestations selon les présentes CGA. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

9.2 Assurances sociales

Aucune prestation ne sera prise en charge lorsque celles-ci vont à la charge d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, etc.). Le droit aux prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée.

9.3 Prestations provisoires et recours

Vis-à-vis de tiers autres que les assurances sociales, des prestations provisoires peuvent être prises en charge, pour autant que la personne assurée se soit efforcée dans des limites raisonnables et sans succès de faire passer ses prétentions et qu'elle cède à la caisse ses droits contre les tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

9.4 Surassurance

Les prestations servies d'après les présentes CGA, compte tenu des prestations de tiers, ne doivent pas constituer une source de gain pour les assurés. En cas de surassurance, les prestations sont réduites en conséquence.

9/18

10 Carte client

La caisse envoie aux personnes assurées chez Sympany une carte client personnelle. Celle-ci sert de certificat envers les prestataires. Par ailleurs, les conditions correspondantes de l'assurance base sont applicables.

11 Protection des données

Le traitement des données concernant des personnes assurées est régi par les dispositions de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992.

Si le traitement des données est confié à un tiers, la caisse veille à ce que ne soient effectués des traitements autres que ceux qu'il est lui-même en droit d'effectuer.

La caisse ne collecte et ne traite que les données (p.ex. données personnelles, informations concernant l'état de santé, examen des indications fournies sur la proposition, encaissements, liquidation des sinistres) qui sont nécessaires pour le suivi du contrat d'assurance selon la LCA. La caisse traite les renseignements obtenus avec la plus grande confidentialité.

La caisse ne communique des données à des tiers que dans la mesure où la transmission est en rapport direct avec l'exécution du contrat. Dans les autres cas, la caisse ne renseigne qu'avec le consentement de la personne assurée.

La caisse conserve soigneusement les données et les protège contre tout traitement non autorisé par des mesures organisationnelles et techniques appropriées.

12 Communications

Les modifications intervenant dans la situation personnelle des personnes assurées et qui sont essentielles pour l'assurance, comme le changement du lieu de domicile, doivent être communiquées à la caisse par écrit et dans les 30 jours.

Si la personne assurée ne remplit pas l'obligation de communiquer les changements déterminants pour le calcul de la prime, une éventuelle différence de prime est due avec effet rétroactif.

Lorsque le domicile se trouve à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Toutes les communications du preneur d'assurance ou de la personne assurée doivent être adressées à l'agence compétente de la caisse.

Les communications incombant à la caisse ou à l'assureur sont faites valablement à la personne assurée ou au preneur d'assurance, respectivement par écrit ou par le canal du journal des assurés à la dernière adresse indiquée ou à l'adresse de contact en Suisse.

13 For

En cas de contestations découlant d'assurances selon les présentes CGA et d'éventuelles dispositions particulières, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse, soit celui du siège de l'assureur ou de la caisse.

14 Entrée en vigueur

Les présentes conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires et autres assurances selon la LCA (CGA) entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Elles remplacent toutes les conditions d'assurance antérieures.

Capital risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie (CGA capita maladie)

Table des matières

1	Bases de l'assurance	4.3.3	Causalité dépassante
1.1	Bases	4.3.4	Réduction dégressive des prestations en capital entre 56 et 65 ans
1.2	Objet et contenu de l'assurance	4.4	Capital en cas d'invalidité
1.3	Conditions générales d'assurance (CGA capita maladie)	4.4.1	Droit au capital en cas d'invalidité
1.4	Rapport d'assurance	4.4.2	Naissance du droit au capital en cas d'invalidité
1.5	Personnes assurées	4.4.3	Bases de calcul de la prestation en capital en cas d'invalidité
1.6	Année d'assurance	4.4.4	Echelonnement des prestations en capital en cas d'invalidité
1.7	Détermination de l'âge	4.4.5	Modification du degré d'incapacité de gain
1.8	Admission dans l'assurance	4.4.6	Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes exerçant une activité lucrative
		4.4.7	Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes n'exerçant pas d'activité lucrative ou exerçant une activité lucrative à temps partiel
		4.4.8	Détermination du degré d'incapacité de gain des enfants en bas âge et des autres enfants
2	Couverture d'assurance	4.5	Capital en cas de décès
2.1	Début de la couverture d'assurance	4.5.1	Droit au capital en cas de décès
2.2	Conditions de la couverture d'assurance	4.5.2	Bases de calcul de la prestation en capital en cas de décès
2.3	Proposition	4.5.3	Clause bénéficiaire
2.4	Exclusion de la couverture	4.6	Exclusion du droit aux prestations d'assurance
2.5	Suppression de la couverture d'assurance	4.6.1	En cas d'accident
2.6	Champ d'application territorial	4.6.2	En cas de lésions corporelles assimilées à un accident
		4.6.3	En cas de provocation intentionnelle de l'incapacité de gain
3	Début, durée et fin de l'assurance	4.6.4	En cas de lésions prénatales et d'infirmités congénitales ainsi que leurs suites
3.1	Début et durée de l'assurance	4.6.5	En cas de suicide ou de décès résultant d'une tentative de suicide
3.2	Modification de l'assurance	4.6.6	En cas d'exposition à des rayons ionisants et de dommages causés par l'énergie nucléaire
3.3	Suspension de l'assurance	4.7	Réduction du droit aux prestations d'assurance
3.4	Fin de l'assurance	4.7.1	Concours de causes diverses
		4.7.2	Droit à un capital en cas d'invalidité et à un capital en cas de décès
4	Prestations	4.8	Garantie et versement des prestations
4.1	Aperçu des prestations	4.8.1	Inaliénabilité des prestations
4.2	Définitions	4.8.2	Justification des droits aux prestations
4.2.1	Invalidité	4.8.3	Versement des prestations d'assurance
4.2.2	Maladie		
4.2.3	Incapacité de travail		
4.2.4	Incapacité de gain		
4.2.5	Activité raisonnablement exigible		
4.3	Sommes d'assurance		
4.3.1	Montant des sommes d'assurance		
4.3.2	Sommes d'assurance maximales		

5 Obligations du preneur d'assurance ou de la personne assurée

- 5.1 Obligation d'annoncer et examen de santé**
- 5.2 Comportement en cas de sinistre**
- 5.3 Obligations de coopérer en cas de maladie**
- 5.4 Communications et avis**

6 Primes

7 Dispositions particulières

- 7.1 Service militaire**
- 7.2 Lieu d'exécution**
- 7.3 For et droit applicable**
- 7.4 Entrée en vigueur et modifications**

1 Bases de l'assurance

1.1 Bases

La proposition d'assurance individuelle, la police d'assurance, les dispositions communes (DC Sympany) et les conditions générales (CGA capita maladie) de l'assurance capital risque en cas de décès ou d'invalidité par la suite de maladie ainsi que, subsidiairement, les dispositions de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) constituent les bases du contrat.

1.2 Objet et contenu de l'assurance

La présente assurance complémentaire de capital risque vise à protéger les personnes assurées contre les conséquences économiques du décès et de l'invalidité par suite de maladie.

Le contenu de la présente assurance complémentaire de capital risque consiste dans une prestation en capital, unique, destinée à couvrir les conséquences économiques du décès ou de l'invalidité par suite de maladie.

1.3 Conditions générales d'assurance (CGA capita maladie)

Les présentes conditions générales d'assurance (CGA capita maladie) décrivent les droits et obligations de la personne assurée et de ses ayants droit. Elles fixent en particulier les prétentions en capital de la personne assurée en cas d'incapacité de gain ainsi que les prétentions des bénéficiaires en cas de décès de la personne assurée par suite de maladie.

Les dispositions communes (DC Sympany) font partie intégrante de la présente assurance complémentaire de capital risque. En cas de divergence, les conditions générales d'assurance (CGA capita maladie) priment les dispositions communes (DC Sympany).

1.4 Rapport d'assurance

Pour les prestations, Sympany a conclu un contrat d'assurance avec Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA, St. Alban-Anlage 26, 4052 Bâle, en tant que preneur des risques (ci-après «Helvetia»). Sympany fournit ces prestations d'assurance à la personne assurée ou aux ayants droit.

1.5 Personnes assurées

Toute personne domiciliée en Suisse peut être assurée, de même que les frontaliers et les membres de leur famille qui s'assurent à titre facultatif conformément aux conditions générales d'assurance (CGA capita maladie).

Sont assurées les personnes qui, au moment de la remise de la proposition, ont déjà conclu une assurance maladie ou une assurance maladie complémentaire auprès de Sympany ou ont fait une demande en ce sens et seront assurées auprès de Sympany.

1.6 Année d'assurance

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

1.7 Détermination de l'âge

L'âge de la personne assurée déterminant pour l'assurance (âge effectif) correspond à la différence entre l'année civile et l'année de naissance.

1.8 Admission dans l'assurance

Les réponses aux questions de santé posées dans la proposition sont déterminantes pour l'admission dans l'assurance. L'admission n'est pas possible dans tous les cas. Aucun examen de santé n'est requis si la proposition est établie durant les 90 premiers jours de vie à compter du jour de naissance de la personne assurée.

2 Couverture d'assurance

2.1 Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance débute à la date de début d'assurance communiquée par écrit par Sympany au proposant, au plus tôt toutefois à la date confirmée sur la police d'assurance.

2.2 Conditions de la couverture d'assurance

La personne assurée bénéficie de la couverture d'assurance pour autant qu'elle soit pleinement capable de travailler à la date de début de la couverture d'assurance, qu'elle ne soit pas soumise à des traitements ou contrôles médicaux périodiques et que les prestations à assurer – initialement ou ultérieurement à titre complémentaire – ne dépassent pas les montants prédéfinis par l'assureur. Sinon, la couverture d'assurance n'est pas accordée ou le capital assuré est réduit en fonction des valeurs autorisées (cf. chiffre 4.3.2).

2.3 Proposition

Le preneur d'assurance doit compléter la proposition d'assurance de façon complète et véridique, la signer et la remettre à Sympany. La personne assurée ou son représentant légal doit répondre aux questions sur la santé et sur les autres critères de risque de façon complète et véridique.

Le proposant reste lié pendant 14 jours si aucun délai plus court n'a été fixé pour l'acceptation d'une proposition. La proposition peut cependant être révoquée par écrit dans un délai de 14 jours, même si elle a déjà été acceptée par Sympany.

Si l'assurance exige un examen médical, le proposant reste lié pendant quatre semaines.

2.4 Exclusion de la couverture

La couverture d'assurance n'est pas accordée lorsque le cas d'assurance résulte d'une maladie, d'une infirmité ou des suites d'un accident qui existaient déjà avant le début de la couverture d'assurance.

De même, il n'existe pas de couverture d'assurance pour les enfants durant les 90 premiers jours de vie à compter du jour de naissance, ni pour les cas d'assurance résultant d'une maladie, d'une infirmité congénitale ou des suites d'un accident survenus au cours des 90 premiers jours de vie.

2.5 Suppression de la couverture d'assurance

La personne assurée n'est pas couverte si elle participe à des opérations militaires de maintien de la paix dans des régions en crise (p. ex. casques bleus de l'ONU, bérets jaunes de l'OSCE, etc.).

2.6 Champ d'application territorial

L'assurance est valable dans le monde entier.

3 Début, durée et fin de l'assurance

3.1 Début et durée de l'assurance

L'assurance débute au plus tôt à la naissance et au plus tard le

jour où la personne assurée atteint l'âge de 60 ans révolus (âge d'entrée).

Les rapports d'assurance durent jusqu'au jour où la personne assurée atteint l'âge de 65 ans révolus (âge terme).

L'assurance peut être conclue à tout moment au cours de l'année civile, pour le début d'un mois, jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

3.2 Modification de l'assurance

Le capital assuré peut être augmenté à tout moment dans les limites des catégories d'âge et des sommes d'assurance prédéfinies par Sympany (cf. chiffre 4.3.2), au moyen d'une demande correspondante, avant que la personne assurée n'atteigne l'âge de 60 ans révolus.

3.3 Suspension de l'assurance

Une suspension de l'assurance n'est pas possible.

3.4 Fin de l'assurance

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

- au décès de la personne assurée;
- en cas de départ à l'étranger (sauf en cas d'acquisition du statut de frontalier);
- le jour où la personne assurée atteint l'âge terme de 65 ans révolus;
- pour l'assurance de capital risque en cas d'invalidité, lors du versement d'un capital d'invalidité;
- si le contrat est résilié conformément aux dispositions communes (DC Sympany).

4 Prestations

4.1 Aperçu des prestations

Dans les limites de la couverture d'assurance, Sympany verse les prestations suivantes à tout ayant droit en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie:

- en cas de décès:
 - capital en cas de décès;
- en cas d'incapacité de gain vraisemblablement permanente (invalidité):
 - capital en cas d'invalidité.

4.2 Définitions

4.2.1 Invalidité

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, présumée permanente, qui résulte d'une maladie.

4.2.2 Maladie

Par maladie, on entend 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.

4.2.3 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

4.2.4 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 qui entre en considération, 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.

On considère qu'une personne assurée est frappée d'incapacité de gain lorsqu'elle n'est plus en mesure d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative que l'on peut raisonnablement exiger d'elle, par suite d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique objectivement constatée sur le plan médical, et qu'elle subit simultanément, de ce fait, une perte de gain.

Une incapacité de gain est considérée comme permanente lorsque la personne assurée a apporté la preuve que la continuation du traitement ne permet pas d'espérer une amélioration sensible de la capacité de gain et que l'incapacité de gain durera vraisemblablement sa vie entière.

4.2.5 Activité raisonnablement exigible

Par activité pouvant être raisonnablement exigée d'une personne assurée, on entend toute activité correspondant à ses aptitudes et à sa position sociale, même si les connaissances nécessaires à cet effet doivent être acquises au préalable par une nouvelle formation.

4.3 Sommes d'assurance

4.3.1 Montant des sommes d'assurance

Sont déterminants les montants figurant sur la police d'assurance.

4.3.2 Sommes d'assurance maximales

Les sommes maximales assurables sont calculées en fonction de l'âge de la personne assurée, conformément au tableau ci-après.

Catégorie d'âge	Désignation	Somme maximale assurable - décès	Somme maximale assurable - invalidité
De 0 à 3 ans	enfants en bas âge	max. CHF 2 500.- *	max. CHF 100 000.-
De 4 à 15 ans	enfants	max. CHF 20 000.-	max. CHF 100 000.-
De 16 à 50 ans	adultes	max. CHF 300 000.-	max. CHF 300 000.-
De 51 à 55 ans	adultes	max. CHF 200 000.-	max. CHF 200 000.-
De 56 à 65** ans	adultes	max. CHF 100 000.-	max. CHF 100 000.-

* Pour les enfants en bas âge qui n'ont pas encore atteint l'âge de deux ans et six mois, le capital décès maximal légal est de CHF 2 500.-.

** Jusqu'à l'âge terme selon chiffre 3.1.

Lors du passage à la catégorie d'âge supérieure, les sommes d'assurance sont adaptées aux sommes maximales assurables de la catégorie d'âge correspondante et les primes fixées en conséquence. Dans tous les autres cas, les sommes d'assurance restent inchangées.

4.3.3 Causalité dépassante

Si la personne assurée décède avant le versement du capital en cas d'invalidité, seul le capital assuré en cas de décès est versé. L'assureur ne verse aucun capital en cas d'invalidité lorsqu'un capital en cas de décès n'a pas été assuré et que la personne assurée décède avant le versement du capital en cas d'invalidité.

4.3.4 Réduction dégressive des prestations en capital entre 56 et 65 ans

A partir de 57 ans et jusqu'à l'âge de 65 ans, les prestations en capital en cas de décès et d'invalidité sont réduites annuellement de 10% de la somme d'assurance, à prime inchangée, selon le tableau ci-dessous.

Age	Capital assuré max. CHF	Prestation en capital	Montant du versement max. CHF	Prime
56 ans	100 000.-	100%	100 000.-	100%
57 ans	100 000.-	90%	90 000.-	100%
58 ans	100 000.-	80%	80 000.-	100%
59 ans	100 000.-	70%	70 000.-	100%
60 ans	100 000.-	60%	60 000.-	100%
61 ans	100 000.-	50%	50 000.-	100%
62 ans	100 000.-	40%	40 000.-	100%
63 ans	100 000.-	30%	30 000.-	100%
64 ans	100 000.-	20%	20 000.-	100%
65 ans	100 000.-	10%	10 000.-	100%

4.4 Capital en cas d'invalidité

4.4.1 Droit au capital en cas d'invalidité

La personne assurée a droit au capital convenu en cas d'invalidité si elle subit, avant l'âge terme, une incapacité de gain vraisemblablement permanente.

4.4.2 Naissance du droit au capital en cas d'invalidité

Sympany verse le capital d'invalidité au plus tôt après un délai d'attente de 24 mois. Le délai d'attente commence à courir le jour où la personne assurée consulte pour la première fois un médecin pour la maladie à l'origine de l'incapacité de travail et que ce dernier atteste une incapacité de travail de 50% au moins.

En cas de rechute – c'est-à-dire de nouvelle incapacité de travail due à la même affection que celle qui avait causé une incapacité de travail précédente – intervenant dans un délai de 12 mois suivant la fin d'une incapacité de travail déjà annoncée à l'assurance, aucun nouveau délai d'attente ne sera imputé.

Si l'assurance-invalidité fédérale (AI) verse des prestations ou si l'incapacité de gain est définitivement considérée comme permanente avant l'échéance du délai d'attente, tout ou partie du capital assuré en cas d'invalidité peut être versé de manière anticipée. Sympany décide de cas en cas.

4.4.3 Bases de calcul de la prestation en capital en cas d'invalidité

La prestation en capital est déterminée sur la base du capital assuré en cas d'invalidité, de l'âge de la personne assurée au début du délai d'attente, c'est-à-dire au moment où l'incapacité de travail est pour la première fois médicalement attestée, ainsi que du degré d'incapacité de gain déterminé par Sympany.

4.4.4 Echelonnement des prestations en capital en cas d'invalidité

La prestation en capital en cas d'invalidité est échelonnée et déterminée en fonction du degré d'incapacité de gain de la personne assurée.

- Lorsque la personne assurée subit une incapacité de gain de 70% à 100%, elle a droit à l'intégralité du capital en cas d'invalidité.

- Si le degré d'incapacité de gain est supérieur à 50%, mais inférieur à 69%, la personne assurée a droit au versement du capital en cas d'invalidité proportionnellement au degré d'invalidité établi.
- Une incapacité de gain inférieure à 50% ne donne pas droit au versement d'un capital en cas d'invalidité.

4.4.5 Modification du degré d'incapacité de gain

En cas de modification du degré d'incapacité de gain intervenant après le versement du capital en cas d'invalidité, la prestation n'est pas adaptée au nouveau degré d'incapacité de gain.

4.4.6 Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes exerçant une activité lucrative

Pour les personnes exerçant une activité lucrative, le degré d'incapacité de gain est déterminé en fonction de la perte de gain subie par la personne assurée. Le taux d'invalidité dûment constaté par l'assurance-invalidité fédérale est en principe déterminant.

Pour les personnes assurées ayant un revenu régulier, le degré d'incapacité de gain est déterminé sur la base du revenu soumis à l'AVS réalisé lors du mois précédant le début du délai d'attente. Pour déterminer le degré d'incapacité de gain des personnes assurées ayant des revenus variables ou irréguliers, on calcule le revenu moyen soumis à l'AVS réalisé au cours des deux années civiles précédant le début du délai d'attente.

Pour les indépendants, le degré d'incapacité de gain est déterminé soit sur la base du revenu moyen soumis à l'AVS réalisé au cours des deux années civiles précédant le début du délai d'attente, soit sur la base de la perte de gain effective subie par la personne assurée durant les deux exercices précédents. Pour ce faire, on compare le revenu que la personne assurée tirait de son activité professionnelle avant la survenance de l'incapacité de gain avec celui qu'elle peut encore réaliser après la survenance de l'incapacité de gain, ou qu'elle pourrait obtenir sur un marché du travail équilibré. La différence, exprimée en pourcentage du revenu antérieur, correspond au degré d'incapacité de gain.

4.4.7 Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes n'exerçant pas d'activité lucrative ou exerçant une activité lucrative à temps partiel

Le taux d'invalidité dûment constaté par l'assurance-invalidité fédérale est en principe déterminant. Pour les personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, le degré d'incapacité de gain est déterminé par analogie à la méthode mixte utilisée par l'assurance-invalidité fédérale.

Si une personne assurée n'exerce aucune activité lucrative ou si elle cesse entièrement ou partiellement d'exercer son activité lucrative pour des raisons sans rapport avec son état de santé, le degré d'incapacité de gain est déterminé par comparaison des activités. A cet effet, les activités et les tâches que la personne assurée a exercées avant et après la survenance de la maladie sont évaluées, pondérées et comparées. Les activités et les tâches exercées avant la survenance de l'incapacité de gain sont mises en rapport avec celles qui peuvent encore être exercées après la survenance de l'incapacité de gain. L'impossibilité d'effectuer les activités et tâches exercées jusqu'alors est assimilée à l'incapacité de gain. La différence par rapport aux activités antérieures, exprimée en pourcentage, correspond au degré d'incapacité de gain.

4.4.8 Détermination du degré d'incapacité de gain des enfants en bas âge et des autres enfants

L'incapacité de gain des enfants en bas âge et des autres enfants est calculée en fonction du degré d'incapacité de la personne assurée à exercer une activité lucrative dans le futur.

Pour évaluer l'incapacité de gain des enfants qui n'ont pas encore entrepris de formation professionnelle, on détermine si et dans quelle mesure la personne assurée pourra exercer plus tard une activité professionnelle. Le degré d'incapacité de gain correspond à la diminution prévisible du revenu en raison de la capacité de gain réduite, calculée par rapport au revenu déterminé en fonction de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires.

L'incapacité de gain des enfants en cours de formation professionnelle est évaluée sur la base du revenu qui aurait pu être réalisé à la fin de la formation sur le marché du travail entrant en ligne de compte. Le degré d'incapacité de gain correspond à la diminution prévisible du revenu en raison de la capacité de gain réduite, calculée par rapport au revenu déterminé en fonction de la médiane, actualisée chaque année – telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires – valable pour la profession à laquelle la personne assurée se préparait.

4.5 Capital en cas de décès

4.5.1 Droit au capital en cas de décès

Le droit au capital en cas de décès prend naissance lorsqu'une personne assurée décède avant d'avoir atteint l'âge terme.

Sympany renonce à son droit légal de réduire la prestation en capital en cas de décès lorsque le décès résulte d'une négligence grave de la personne assurée.

4.5.2 Bases de calcul de la prestation en capital en cas de décès

La prestation en capital est déterminée par le capital assuré en cas de décès et l'âge de la personne assurée au moment de son décès.

4.5.3 Clause bénéficiaire

Le capital en cas de décès est versé aux bénéficiaires indiqués sur la proposition. La clause bénéficiaire peut être modifiée librement, en tout temps, jusqu'au décès. La modification de la clause bénéficiaire doit être communiquée par écrit.

Lorsqu'aucun bénéficiaire n'est désigné dans le contrat, la clause bénéficiaire usuelle s'applique, laquelle prévoit que les bénéficiaires de la prestation de décès en capital sont le conjoint survivant ou le partenaire enregistré, à défaut les enfants et, à leur défaut, les autres héritiers légaux de la personne assurée (à l'exclusion des collectivités publiques).

4.6 Exclusion du droit aux prestations d'assurance

4.6.1 En cas d'accident

Il n'existe aucun droit aux prestations de décès et d'incapacité de gain par suite de maladie lorsque l'événement assuré a été causé par un accident au sens des dispositions communes (DC Sympany).

De même, les maladies professionnelles au sens de la LAA ne confèrent aucun droit à des prestations de décès et d'incapacité de gain par suite de maladie.

4.6.2 En cas de lésions corporelles assimilées à un accident

Il n'existe aucun droit aux prestations de décès et d'incapacité de gain par suite de maladie pour les lésions corporelles assimilées à un accident. Sont considérées comme telles et non comme maladies:

- les atteintes à la santé et leurs suites résultant d'une inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs ou d'une absorption involontaire de substances toxiques ou caustiques;
- les lésions corporelles mentionnées dans les dispositions communes (DC Sympany);
- les gelures, coups de chaleur, insulations ainsi que les atteintes à la santé causées par des rayons ultraviolets ainsi que leurs suites, à l'exception des coups de soleil;
- la noyade involontaire.

4.6.3 En cas de provocation intentionnelle de l'incapacité de gain

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas d'incapacité de gain lorsque la personne assurée a provoqué intentionnellement son incapacité de gain ou sa maladie, entre autres par automutilation ou tentative de suicide, même si l'acte ayant causé l'incapacité de gain a été commis en état d'absence de discernement.

Sympany renonce à son droit légal de réduire la prestation en capital en cas d'invalidité lorsque l'incapacité de gain résulte d'une négligence grave de la personne assurée.

4.6.4 En cas de lésions prénatales et d'infirmités congénitales ainsi que leurs suites

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas d'incapacité de gain et de décès lorsque l'incapacité de gain ou le décès de la personne assurée sont dus à des lésions prénatales, à des infirmités congénitales ou à leurs suites.

4.6.5 En cas de suicide ou de décès résultant d'une tentative de suicide

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas de décès lorsque la personne assurée décède à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide dans les trois années qui suivent la signature de la proposition, même lorsque la personne assurée a commis l'acte ayant causé le décès en état d'absence de discernement ou de capacité restreinte de discernement.

4.6.6 En cas d'exposition à des rayons ionisants et de dommages causés par l'énergie nucléaire

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas de décès et d'incapacité de gain lorsque la personne assurée est tombée malade après avoir été exposée à des rayons ionisants de l'énergie nucléaire.

4.7 Réduction du droit aux prestations d'assurance

4.7.1 Concours de causes diverses

En cas de concours de plusieurs causes, les droits partiels qui ne sont pas couverts par l'assurance accidents ou militaire sont reconnus.

4.7.2 Droit à un capital en cas d'invalidité et à un capital en cas de décès

Au décès de la personne assurée, le capital d'invalidité déjà versé est déduit du capital-décès.

4.8 Garantie et versement des prestations

4.8.1 Inaliénabilité des prestations

La totalité des prestations résultant de la présente assurance

(CGA capita maladie) est exclusivement destinée à l'entretien personnel des ayants droit. Il n'est pas possible de les mettre en gage, de les céder ou de les saisir par voie de poursuite avant leur échéance.

4.8.2 Justification des droits aux prestations

Les pièces exigées pour la justification du droit aux prestations sont les suivantes:

- en cas de décès:
extrait du registre des familles / certificat de décès médical / certificat de décès officiel;
- en cas d'incapacité de gain:
certificat médical / dossier médical / décision de l'AI / dossier AI / extrait AVS / certificats de salaires, décomptes de salaires et bilans.

Sympany a le droit d'exiger ou de solliciter lui-même des renseignements et des justificatifs supplémentaires. De même, il peut ordonner à tout moment que la personne assurée se fasse examiner par un médecin-conseil. Le médecin de la personne assurée est délié du secret professionnel vis-à-vis de Sympany.

4.8.3 Versement des prestations d'assurance

La prestation d'assurance est versée après que les ayants droit ont présenté tous les documents nécessaires à l'examen et à l'évaluation du droit aux prestations et que l'examen est positif.

La prestation d'assurance est due quatre semaines après la réception par Sympany de tous les documents et informations nécessaires à la justification du droit. Les primes d'assurance sont dues jusqu'à cette date.

Les prestations d'assurance sont versées en francs suisses (CHF).

5 Obligations du preneur d'assurance ou de la personne assurée

5.1 Obligation d'annoncer et 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 proposition, dans la mesure où ils sont connus de la personne assurée ou devraient l'être à la conclusion du contrat. Si de tels faits sont communiqués de manière inexacte ou dissimulés, Sympany 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 Sympany d'accorder sa prestation 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. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, Sympany a droit à son remboursement. Aucun remboursement des primes ne peut être demandé.

Pendant toute la durée de la procédure d'admission, le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus d'annoncer à Sympany tous les changements dont ils ont ou devraient avoir connaissance. En cas de modification de tels faits (p. ex. modifications de l'état de santé suite à une maladie ou à un accident, augmentation des risques, etc.) entre le dépôt de la proposition et le début de l'assurance, le preneur d'assurance

doit également en informer Sympany et compléter ou rectifier la déclaration sur la proposition. Une adaptation ultérieure de la couverture sur la base des faits nouveaux demeure réservée.

5.2 Comportement en cas de sinistre

La survenance d'une incapacité de gain qui génère probablement le versement de prestations par Sympany doit être annoncée sans délai.

Un décès doit être annoncé sans tarder.

De même, les pièces nécessaires à l'examen et à l'évaluation de la prétention d'assurance doivent être présentées sans tarder.

5.3 Obligations de coopérer en cas de maladie

Dans le cadre de son obligation de coopérer et de réduire le dommage, la personne assurée est tenue d'autoriser Sympany à solliciter des renseignements et des dossiers auprès des hôpitaux, médecins, services officiels, compagnies d'assurance et institutions des assurances sociales ainsi que de tiers, et de délier ceux-ci du secret professionnel.

La personne assurée doit donner sans délai à Sympany tous les renseignements demandés sur son état de santé antérieur et présent ainsi que sur l'évolution de sa maladie.

Sympany se réserve le droit d'exiger que la personne assurée se fasse examiner par les médecins que Sympany a désignés. La personne assurée est tenue de se soumettre aux examens et instructions des médecins que Sympany mandate à ses frais.

Si les ayants droit violent l'une des obligations précitées, le droit aux prestations n'arrive pas à échéance et Sympany est en droit de refuser ses prestations. Dans ce cas, l'obligation de payer les primes est maintenue.

5.4 Communications et avis

Tous les avis et communications doivent être adressés à Sympany. En cas de survenance de l'éventualité assurée, la prestation est versée par Sympany.

6 Primes

Les primes sont calculées en fonction de la catégorie d'âge de la personne assurée et du montant des sommes d'assurance. Les primes sont garanties pour une année civile. Il n'existe pas de garantie tarifaire.

7 Dispositions particulières

7.1 Service militaire

Le service actif pour sauvegarder la neutralité suisse ainsi que pour maintenir la tranquillité et l'ordre à l'intérieur du pays – sans opérations de guerre dans l'un et l'autre cas – est considéré comme service militaire en temps de paix et est couvert en tant que tel par la présente assurance. Les dispositions correspondantes édictées par le Conseil fédéral s'appliquent au cas où la Suisse serait en guerre ou se trouverait engagée dans des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre.

7.2 Lieu d'exécution

Le lieu d'exécution est le domicile suisse ou liechtensteinois de l'ayant droit. A défaut d'un tel domicile, l'assureur exécute ses obligations au siège de Sympany.

7.3 For et droit applicable

En cas de litige découlant du présent contrat, les ayants droit ont le choix entre le for de leur domicile suisse et celui du siège de Sympany. Le présent contrat est exclusivement régi par le droit suisse.

7.4 Entrée en vigueur et modifications

Les présentes conditions générales (CGA capita maladie) entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Les modifications apportées aux conditions générales (CGA capita maladie) sont communiquées à la personne assurée au moins 3 mois avant leur entrée en vigueur.

En cas de doute ou de litige, seule la version allemande fait foi.