

Special Terms and Conditions for H-Capital lump-sum hospitalisation benefit insurance

KH

KHGA02-E6 – Edition: 01 Feb 2022

Contents

Art. 1	Purpose of the insurance	Art. 5	Insured benefits
Art. 2	Acceptance conditions	Art. 6	Payment of benefits
Art. 3	Entitlement to benefits	Art. 7	Premium
Art. 4	Annual lump-sum benefit		

The following provisions are subject to the General Terms and Conditions for Supplemental Health and Accident Insurance (CGC), whose edition is specified in the insurance policy.

Art. 1 Purpose of the insurance

The insurance covers the economic consequences of illness and accidents, but not maternity.

Art. 2 Acceptance conditions

- H-Capital insurance coverage is open to all persons, without any age limit.
- Coverage starts at the beginning of a month, but no sooner than three months after the insured's birth.

Art. 3 Entitlement to benefits

- The lump-sum amount in the event of hospitalisation is granted if the insured person is hospitalised for inpatient treatment of an acute condition lasting more than 24 hours or less than 24 hours during which a bed is occupied overnight.
- The benefit is paid in the following cases:
 - hospitalisation in the general ward or psychiatric facility of a recognised Swiss hospital, for treatment of acute conditions;
 - hospitalisation abroad;
 - hospitalisation in a recognised marine cure establishment or rehabilitation facility within the meaning of the Federal Law on Health Insurance (LAMal/KVG);
- The lump-sum benefit cannot be granted more than once a year.
- In the event of hospitalisation extending over two calendar years, the lump-sum amount is paid out only once.
- Benefits are not payable in the following cases:
 - maternity;
 - outpatient treatment;
 - hospitalisation in connection with treatment that is not recognised by the Federal Law on Health Insurance (LAMal/KVG);

- semi-hospitalisation;
- hospital stays within the context, exclusively, of the Federal Law on Accident Insurance (LAA/UVG), the Federal Law on Disability Insurance (LAI/IVG) or the Federal Law on Military Insurance (LAM/MVG).

Art. 4 Annual lump-sum benefit

The following annual lump-sum benefits can be insured: CHF 300; CHF 500; CHF 600; CHF 900; CHF 1,000; CHF 1,200; CHF 1,500; CHF 2,000; CHF 2,500; CHF 3,000; CHF 3,500.

Art. 5 Insured benefits

- In case of hospitalisation for inpatient treatment of acute conditions in accordance with Article 3, H-Capital insurance will pay the annual lump-sum benefit (Article 4) subject to Article 3(3).
- Benefits of the "H-Capital" insurance are covered by à fixed-lump insurance.

Art. 6 Payment of benefits

- Benefits will be paid against presentation of the hospital invoice. The insured authorises the insurer's medical advisor to ask the attending doctor for the diagnosis and for any other relevant information with a view to ascertaining the insured's entitlement to benefits.
- The lump-sum benefit is payable to the insured. In the event of his/her death, the benefit will be paid to his/her beneficiaries in the following order: his/her spouse; failing him/her, his/her children; failing them, his/her parents; failing them, the other legal heirs.
The insured may modify the order of beneficiaries by an application to the health insurer.

Art. 7 Premium

1. Premiums are graduated by gender and age group.
2. An insured person who reaches the maximum age for his age group during the year is automatically transferred to the next higher age group at the beginning of the following calendar year. The applicable age groups are:
 - from 0 to 18;
 - from 19 to 25;
 - from the 26th year onwards, age groups are graduated in five-year brackets.

Condizioni particolari dell'assicurazione Sekunda

AMGA01-I7 – edizione 01.10.2021

Indice

Art. 1	Definizioni	Art. 5	Prestazioni assicurate
Art. 2	Scopo dell'assicurazione	Art. 6	Estensione della copertura
Art. 3	Condizioni d'adesione	Art. 7	Fissazione dei premi
Art. 4	Fine della copertura e del diritto alle prestazioni	Art. 8	Obblighi della persona assicurata

Le seguenti disposizioni sono disciplinate dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la cui data d'edizione è indicata nella polizza d'assicurazione.

Art. 1 Definizioni

- Incapacità lavorativa in attività domestiche (ILAD)
E' considerata incapacità lavorativa in attività domestiche (qui di seguito ILAD), qualsiasi incapacità totale o parziale della persona assicurata a compiere le attività domestiche ragionevolmente esigibili, derivante da un danno alla salute fisica o mentale.
- Attività domestiche
Per attività domestiche, s'intendono le attività effettuate a domicilio, volte alla buona gestione dell'economia domestica, come ad esempio: preparare i pasti, fare le comperre, pulire l'abitazione, prendersi cura dei bambini o di altri membri della famiglia, tenere il bilancio familiare.

Art. 2 Scopo dell'assicurazione

- L'assicurazione Sekunda versa le prestazioni in caso di ILAD dovuta a un infortunio.
- La malattia e la maternità sono escluse dalla garanzia assicurativa.

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera che ha compiuto 18 anni, ma che non ha ancora compiuto 55 anni, può aderire all'assicurazione complementare Sekunda.

Art. 4 Fine della copertura e del diritto alle prestazioni

Oltre alle modalità di disdetta menzionate nelle condizioni generali d'assicurazione (CGC), l'assicurazione Sekunda e il diritto alle prestazioni terminano:

- alla fine del mese durante il quale la persona assicurata compie 65 anni,
- all'esaurimento della durata delle prestazioni,
- in caso di disdetta del contratto. Il diritto alle prestazioni per un sinistro in corso rimane riservato.

Art. 5 Prestazioni assicurate

Le prestazioni contrattuali sono versate per gli infortuni che si verificano dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

La copertura d'assicurazione Sekunda rientra nella categoria d'assicurazione di somme.

- Importo assicurato
In caso di ILAD l'assicuratore eroga l'indennità giornaliera corrispondente all'importo indicato nella polizza assicurativa.
- Diritto alle prestazioni
 - L'indennità giornaliera assicurata viene versata dopo la scadenza del termine d'attesa scelto.
 - L'indennità giornaliera dovuta è versata mensilmente, per ogni giorno di ILAD (inclusi domenica e giorni festivi).
- Grado dell'incapacità lavorativa
 - L'indennità giornaliera è versata in funzione dell'ILAD attestata medicalmente.
 - In caso di ILAD parziale, l'indennità giornaliera è versata in proporzione al grado di ILAD. Essa è accordata per intero, qualora il grado dell'ILAD sia uguale o superiore al 70%. Un grado di ILAD inferiore al 25% non dà diritto ad alcuna prestazione.
- Termine di attesa
 - Il termine di attesa è indicato nella polizza d'assicurazione.
 - Il termine di attesa si applica ad ogni ILAD, salvo se si tratta di un caso di ricaduta che si verifica entro un periodo di cinque anni dal momento in cui è avvenuto l'infortunio assicurato, su riserva dell'applicazione del rimanente termine di attesa.
 - I giorni parziali di ILAD sono considerati come giorni interi nel calcolo del termine di attesa.
- Durata del diritto alle prestazioni
 - L'indennità è versata al massimo durante 365 giorni per una o più ILAD.
 - I giorni parziali di ILAD contano come giorni interi.

6. Giustificazione del diritto alle prestazioni
 - a. Il diritto all'indennità è determinato sulla base della dichiarazione d'infortunio compilata dalla persona assicurata e del modulo per la certificazione medica rilasciato dall'assicuratore e debitamente completato dal medico.
 - b. Al momento della ricezione di un certificato medico intermedio, l'assicuratore verserà l'indennità assicurata fino alla data del rilascio del certificato o al massimo fino alla fine del mese in corso.
 - c. Qualora la prima consultazione abbia luogo più di tre giorni dopo l'inizio dell'ILAD, l'assicuratore si riserva il diritto di considerare il giorno della consultazione come primo giorno di ILAD.

Art. 6 Estensione della copertura

1. Qualora i danni alla salute siano imputabili solo parzialmente all'infortunio, le prestazioni sono determinate in modo proporzionale sulla base della cartella medica o di una perizia.
2. Le ricadute e i postumi di infortuni verificatisi prima della conclusione del contratto non sono assicurati.
3. Non sussiste copertura assicurativa per gli infortuni e i postumi di questi ultimi verificatisi dopo l'estinzione del contratto.

Art. 7 Fissazione dei premi

1. I premi sono indicati nella polizza assicurativa.
2. I premi sono fissati in funzione del sesso, delle fasce d'età e dell'indennità assicurata.

Art. 8 Obblighi della persona assicurata

1. In caso di ILAD totale o parziale, la persona assicurata deve informare l'assicuratore entro un termine di 15 giorni dall'inizio di quest'ultima.
2. L'assicuratore deve essere immediatamente informato di qualsiasi modifica del grado di ILAD.
3. La persona assicurata deve, dall'inizio dell'ILAD, consultare un medico autorizzato ad esercitare e seguire le sue prescrizioni. Deve evitare tutto ciò che potrebbe nuocere alla sua guarigione o prolungare la sua incapacità.
4. L'assicuratore può incaricare un case manager di valutare l'ILAD. In questo caso, la persona assicurata ha l'obbligo di collaborare e di informare.

Special Terms and Conditions for ProVista Insurance

ID

IDGA02-E9 – Edition: 01 Oct 2021

Contents

Art. 1	Purpose of insurance	Art. 8	Premium waivers in case of death or disability of the head of the family
Art. 2	Injuries equated with an accident	Art. 9	Combined effect of causes unrelated to the accident
Art. 3	Acceptance conditions	Art. 10	Personal liability
Art. 4	Types of benefits	Art. 11	Reduction of the sums insured
Art. 5	Entitlement to benefits	Art. 12	Premium rates
Art. 6	Disability benefits (category I)		
Art. 7	Death benefits (category D)		

The following provisions are subject to the General Terms and Conditions for Supplemental Health and Accident Insurance (CGC), whose edition is specified in the insurance policy.

Art. 1 Purpose of insurance

ProVista grants protection against the economic consequences of death or disability caused by an accident. Occupational illnesses within the meaning of the Federal Law on Accident Insurance (LAA/UVG) are not covered.

Art. 2 Injuries equated with an accident

- In addition to the provisions of the General Terms and Conditions for Supplemental Health and Accident Insurance (CGC), the following injuries are equated with an accident: lesions of the meniscus which appear and are treated for the first time no sooner than two years after the beginning of the insurance, as well as the sequels of frostbite, heat stroke, sunstroke and health disorders caused by ultraviolet rays, sunburns excepted; drowning is also equated with an accident.
- Benefits are also paid for bodily harm suffered by the insured in connection with indispensable therapeutic treatment and tests prescribed as a result of an insured accident.

Art. 3 Acceptance conditions

This insurance is open to all persons under the age of 65 residing in Switzerland.

Art. 4 Types of benefits

- The Insurer grants the following benefits:
 - a lump-sum amount in case of disability (Article 6)
 - a lump-sum amount in case of death (Article 7)
- ProVista insurance is a fixed-sum insurance.

Art. 5 Entitlement to benefits

- The insured benefits are specified in the insurance policy.
- The contractual benefits are paid for accidents occurring after the insurance comes into effect.
- Benefits are paid subject to the presentation of a medical certificate, death certificate or a certificate of inheritance. Only original documents are accepted.

Art. 6 Disability benefits (category I)

a. Entitlement

The disability lump-sum benefit will be paid in the case of accidents leading to a probable permanent disability. The amount of the disability lump-sum benefit is determined by the degree of disability, the agreed insured sum and the scale in Annex A.

b. Degree of disability

The degree of disability is set in accordance with the following rules:

- Fixed degrees

In case of a total loss, or the total loss of use, of	
– both arms or both hands, both legs and both feet, one arm or one hand and, simultaneously, one leg or one foot	100%
– an entire arm	70%
– a forearm or a hand	60%
– a thumb	22%
– an index finger	15%
– any other finger	8%
– a leg above the knee	60%
– a leg at or below the knee	50%
– a foot	40%
– sight in both eyes	100%
– sight in one eye	30%

- sight in one eye, if the sight in the other eye was already completely lost before the accident 70%
 - hearing in both ears 60%
 - hearing in one ear 15%
 - hearing in one ear, if the hearing in the other ear was already completely lost before the accident 45%
 - one kidney 20%
 - the spleen 5%
 - sense of smell 3%
 - sense of taste 3%
 - in case of complete incapacity for work following mental illness 100%
2. In case of a partial loss, or the partial loss of use, of these members and organs, the degree of disability is reduced proportionately.
 3. If several members or organs are affected at the same time, the degree of disability is determined by adding all the relevant percentages, with the proviso that the total may not exceed 100% per accident.
 4. In cases not mentioned above, the degree of disability is determined in accordance with the scale of compensation for damage to integrity set out in Annex 3 of the Ordinance on Accident Insurance (OLAA/UVV) and the related SUVA tables. If the degree of disability cannot be determined in accordance with the above rules, it will be established by analogy on the basis of medical findings, taking into account the seriousness of the injury.
 5. If a permanent disability caused by an accident is aggravated by pre-existing bodily defects, the benefit cannot exceed the amount that would have been paid if the person had been sound and healthy before the accident. If the member or organ injured in the accident was already partially or totally mutilated, or its use partially or totally lost, the pre-existing degree of disability, calculated in accordance with the above principles, is deducted when determining the benefit. The provisions of point 1 above concerning the loss of sight or loss of hearing are reserved.
 6. Psychological or nervous disorders only entitle the insured to benefits if he can show that they were caused by organic damage to the nervous system resulting from the accident.
 7. If the accident has caused serious and permanent cosmetic damage which does not entitle the insured to a disability lump-sum benefit under letter (a) above, but nevertheless constitutes psychological damage likely to affect the insured person's economic future or social situation, the Insurer shall pay compensation equal to
 - 10% of the insured amount agreed in the policy if this mutilation affects the face;
 - 5% of the insured amount agreed in the policy when the mutilation affects other parts of the body.
 The compensation due for such damage is limited to CHF 20,000 per case.
 8. The degree of disability is determined at the time when the insured person's condition is presumed to be definitive, but no later than five years after the accident

c. Progression

If the degree of disability does not exceed 25%, the insured sum is paid in the percentage corresponding to the degree of disability.

If the degree of disability is higher than 25%, benefits are increased in accordance with the scale in Annex A.

Art. 7 Death benefits (category D)

1. If the accident causes the death of the insured, the agreed lump-sum death benefit is paid. The beneficiaries are:
 - a. the surviving spouse; if there is none;
 - b. the children, in equal shares, if there are none;
 - c. the beneficial heirs, excluding any public bodies.
2. By way of derogation to Article 7, paragraph 1, the policyholder can at all times designate or exclude beneficiaries by notifying the Insurer, according to Article 37 of the General Terms and Conditions of Insurance. If the specified beneficiary/ies have predeceased, the provisions in Article 7, para. 1, shall apply.
3. If the the marriage or registered partnership was contracted after the accident, the entitlement to benefits is subject to the condition that the promise of marriage or of a registered partnership had been published before the accident or that the marriage or registered partnership had lasted at least two years before the death of the insured.
4. If there are no beneficiaries, the funeral costs will be paid up to 10% of the sum insured in case of death.
5. For children, the amount of the capital sum benefit is specified in the insurance policy, but maximum:
 - CHF 2,500 before the age of two years and six months;
 - CHF 20,000 from the age of two years and six months up to age of 12 years.
6. A beneficiary who deliberately causes the insured's death forfeits his rights to any benefits.

Art. 8 Premium waivers in case of death or disability of the head of the family

1. For insured children, the Insurer covers the full payment of the periodical premiums up to the age of 15 if the head of the family has become disabled, with a degree of disability exceeding 50%, or is deceased.
2. The premium waiver starts on the day following the occurrence of the disability or death, and must be requested, accompanied by the relevant official documents (decision of the Federal Disability Office, death certificate and family record booklet).

Art. 9 Combined effect of causes unrelated to the accident

If the injuries are only partly due to an insured accident, benefits are set proportionately based on a medical report.

Art. 10 Personal liability

The Insurer waives the right to reduce benefits in case of accidents caused by reckless behaviour or gross negligence on the part of the insured.

Art. 11 Reduction of the sums insured

- When the insured reaches the age of 70, the sums are limited as follows:
 - CHF 10,000 in case of death;
 - CHF 30,000 in case of disability.
- The insured sums are automatically reduced on 1 January after the aforesaid age limits are reached.

Art. 12 Premium rates

- Premiums are indicated in the insurance policy.
- Premiums are graduated depending on the insured's gender, age group and the insured sum.

Annex A

Degree of disability	Benefit in%	Degree of disability	Benefit in%	Degree of disability	Benefit in%	Degree of disability	Benefit in%
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Conditions générales d'assurance d'un capital en cas de décès ou d'invalidité «PrimaCapital»

IC

La forme masculine utilisée dans le texte suivant s'applique par analogie aux personnes d'un autre genre.

ICGM03-F6 – édition 01.06.2024

Table des matières

Art. 1	But et nature de l'assurance	Art. 13	Exclusions/Refus/Réduction
Art. 2	Définitions	Art. 14	Justification des droits
Art. 3	Bases du contrat d'assurance	Art. 15	Paiement des prestations
Art. 4	Assureur porteur du risque	Art. 16	Primes
Art. 5	Conditions d'admission	Art. 17	Modification du tarif des primes
Art. 6	Proposition d'assurance	Art. 18	Bénéficiaires
Art. 7	Réticence	Art. 19	Prescription
Art. 8	Période d'assurance	Art. 20	Devoirs d'information
Art. 9	Début, durée et fin du contrat	Art. 21	Communications
Art. 10	Etendue des couvertures	Art. 22	Dispositions diverses
Art. 11	Prestations en cas de décès	Art. 23	Protection des données
Art. 12	Prestations en cas d'invalidité ou en cas de besoin de soins	Art. 24	Service militaire et risque de guerre

Art. 1 But et nature de l'assurance

1. L'assurance «PrimaCapital» (ci-après IC) prévoit le versement d'un capital en cas d'invalidité ou décès consécutif à une maladie ou un accident, selon l'option choisie, et couvre les conséquences économiques de l'événement assuré selon les modalités présentées dans les articles suivants.
2. Cette couverture consistant en un capital en cas de décès ou d'invalidité relève de l'assurance de sommes. Elle est indépendante et distincte des autres assurances conclues dans la même police d'assurance.

Art. 2 Définitions

1. **Preneur d'assurance:** personne physique qui souscrit le contrat ou l'assurance et qui s'engage à payer les primes (avant la conclusion du contrat: le proposant)
2. **Personne assurée:** personne qui répond au questionnaire de santé et/ou sur la tête de laquelle l'assurance est conclue (avant la conclusion du contrat: la personne à assurer)
3. **Proposition d'assurance:** document au moyen duquel le proposant sollicite une ou plusieurs couvertures d'assurance et par lequel il (respectivement la personne à assurer) communique les renseignements nécessaires à l'examen du risque.
4. **Police d'assurance:** attestation ou certificat d'assurance qui récapitule l'ensemble des couvertures souscrites et qui définit les droits et obligations des deux parties.
5. **Invalidité présumée permanente et définitive:** il y a invalidité présumée permanente et définitive lorsqu'on est

en présence d'une atteinte à la santé largement stabilisée, fondamentalement irréversible et dont on peut fortement présumer qu'elle limitera de façon durable l'autonomie de la personne assurée ou sa capacité de gain, de telle manière que cette dernière doit être mise au bénéfice d'une rente de l'Assurance Invalidité fédérale (AI), toutes les éventuelles mesures de réadaptation ayant par définition échoué. Au sens des présentes conditions d'assurance, en-dessous de 18 ans la notion de « besoin de soins » se substitue au terme d'invalidité.

6. **Besoin de soins:** il y a besoin de soins lorsque la personne assurée, suite à une maladie, un accident, des lésions corporelles ou un déclin de ses forces, et de manière durable, présente un déficit d'autonomie à tel point qu'elle a besoin quotidiennement et de façon bien plus importante que la moyenne des personnes de sa tranche d'âge de l'assistance d'un tiers pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Le besoin de soins doit être avéré depuis au moins 12 mois, attesté par un médecin et reconnu par l'assureur.
7. **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.
8. **Accident:** est réputé accident toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les lésions corporelles assimilées à un accident selon la législation sur l'assurance-accidents (LAA) sont considérées comme des accidents.

9. **Infirmité congénitale:** est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

Art. 3 Bases du contrat d'assurance

1. L'assurance IC est régie par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908. Celle-ci s'applique de manière subsidiaire aux présentes conditions générales, lorsque rien d'autre n'est prévu.
2. La proposition d'assurance, la police d'assurance ainsi que les présentes conditions générales constituent les bases du contrat.

Art. 4 Assureur porteur du risque

L'assureur porteur du risque est le Groupe Mutuel Vie GMV SA (ci-après GMV ou l'assureur), société anonyme de droit suisse dont le siège social est à Martigny.

Art. 5 Conditions d'admission

1. Le preneur d'assurance ainsi que la personne assurée doivent avoir un domicile légal en Suisse lors de la conclusion de l'assurance IC.
2. Peuvent être admises toutes les personnes n'ayant pas déjà atteint l'âge de 55 ans au moment de la date d'effet de l'assurance, sous réserve des conditions d'acceptation (voir art. 6.5.) définies par l'assureur.

Art. 6 Proposition d'assurance

1. La souscription et la remise par le proposant d'une proposition d'assurance ne constitue pas une demande d'offre, mais une déclaration formelle à l'assureur de vouloir contracter une ou plusieurs couvertures d'assurances. Le proposant demeure lié envers l'assureur conformément aux dispositions de l'article 1 LCA, à savoir pendant 14 jours, respectivement quatre semaines si des renseignements médicaux complémentaires sont nécessaires.
2. Le proposant peut révoquer sa proposition de contrat d'assurance, respectivement l'acceptation de celle-ci, dans un délai de 14 jours à compter de la signature. L'assureur considère que la signature a été apposée à la date indiquée dans la proposition (qui ne peut être postérieure à la date de réception de la proposition en son siège ou auprès de l'une de ses agences officielles); en l'absence de celle-ci, à la date de réception de la proposition. Le délai est respecté si le proposant communique sa révocation à l'assureur ou remet son avis de révocation à la poste au plus tard le dernier jour du délai. La révocation doit se faire par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte. Elle a pour conséquence que la proposition ou l'acceptation par le proposant sont considérées comme non avenue. Les couvertures d'assurance prennent fin le jour où l'assureur a pris connaissance de la révocation. Les primes déjà versées sont remboursées sans intérêt.
3. Lorsque la proposition émane de l'assureur, par exemple en cas d'offre valant proposition de contrat envoyée par le biais d'un mailing, l'assurance IC est réputée conclue dès que le proposant l'accepte. Il peut révoquer le contrat au plus tard dans les 14 jours suivant son acceptation.
4. Lorsque la demande émane du proposant, une propo-

sition d'assurance est complétée à l'aide d'un formulaire mis à disposition par l'assureur. Le proposant doit répondre à toutes les questions figurant sur la proposition d'assurance ainsi que dans le questionnaire de santé de façon complète et conforme à la vérité. Il demeure responsable du fait que les réponses communiquées par une tierce personne ou par un intermédiaire soient conformes à ses indications. Les personnes à assurer doivent en outre autoriser les tiers à remettre à l'assureur tous les documents et renseignements dont il aurait besoin.

5. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance. Il n'a pas l'obligation de motiver sa décision.

Art. 7 Réticence

1. Si le preneur d'assurance a, lorsqu'il a répondu aux questions, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur est en droit de résilier le contrat, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance.
2. Dans ce cas, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus dans la mesure où 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, l'assureur a droit à son remboursement.

Art. 8 Période d'assurance

1. La période d'assurance correspond à une année civile et s'étend du 1er janvier au 31 décembre.
2. En cas de conclusion de l'assurance IC en cours d'année civile, la première période d'assurance s'étend de la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance jusqu'à la fin de l'année civile.

Art. 9 Début, durée et fin du contrat

1. L'assurance IC est conclue dès que l'assureur a remis la police au preneur d'assurance, respectivement dès que l'acceptation par ce dernier de la contre-proposition émise par GMV ou de l'offre consécutive à un mailing est parvenue à l'assureur.
2. Le contrat débute à la date d'entrée en vigueur indiquée dans la police d'assurance.
3. Au terme d'une période d'assurance, le contrat se renouvelle tacitement d'année en année.
4. Le preneur d'assurance peut résilier l'assurance IC au plus tôt pour le début de la deuxième période d'assurance, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte. A compter de la deuxième année d'assurance, il peut la résilier pour la fin du mois durant lequel sa demande parvient à l'assureur.
5. L'assureur peut résilier l'assurance en cas de non-paiement des primes à compter de 14 jours après l'envoi d'une sommation et que celle-ci est restée impayée. Dès l'écoulement de ce délai, la couverture IC est suspendue (aucun droit aux prestations n'est accordé pour les événements s'étant produits au cours de cette suspension); elle reprend automatiquement dès le moment où l'entier

des primes ayant fait l'objet d'une sommation ont été réceptionnées par l'assureur.

6. L'assurance IC est résiliée sur sinistre au plus tard lors du paiement de la prestation pour l'un des événements assurés (décès ou invalidité). L'assurance reste toutefois en vigueur encore 14 jours dès la notification de la résiliation du contrat.
Dans tous les cas, la prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat.
7. Le contrat d'assurance prend fin au plus tard à la fin du mois durant lequel la personne assurée fête son 65e anniversaire.
8. L'article 10.3 (« Etendue territoriale ») demeure réservé, dans la mesure où l'assurance IC cesse de déployer ses effets en cas de transfert du domicile légal de la personne assurée à l'étranger.

Art. 10 Etendue des couvertures

1. Selon l'option choisie, la présente assurance garantit:
 - a. Option IC-m/a: les risques de décès et d'invalidité permanente consécutifs à une maladie ou à un accident.
 - b. Option IC-m: les risques de décès et d'invalidité permanente consécutifs à une maladie uniquement.
2. **Prestation limitée au maximum du capital assuré**
L'assurance prévoit le paiement d'un seul capital, au maximum le capital assuré figurant dans la police, pour les événements assurés survenus durant la validité du contrat (100% en cas de décès ou proportionnel au degré AI en cas d'invalidité/resp. selon le niveau de besoin de soins).
En cas de survenance des deux événements assurés avant que l'assurance soit résiliée, le montant total versé ne peut dépasser le capital assuré figurant dans la police.
3. **Etendue territoriale**
 - a. La couverture IC est garantie dans le monde entier, pour autant que la personne assurée ait son domicile légal en Suisse. Des éventuelles restrictions ne sont valables que dans la mesure où elles figurent expressément dans la police d'assurance, dans ses avenants ou dans les conditions d'assurance.
 - b. La couverture en cas de décès est toutefois suspendue si la personne assurée séjourne dans un pays en guerre, en guérilla ou soumis à des émeutes; aucune prestation n'est accordée dans ce cas.
 - c. La couverture IC cesse le jour du départ à l'étranger.
 - d. Frontaliers: la personne assurée peut conserver son assurance IC et la couverture en cas de décès et d'invalidité est accordée aussi longtemps que celle-ci exerce une activité lucrative en Suisse.

Art. 11 Prestations en cas de décès

1. En cas de décès, l'assureur verse le capital convenu figurant dans la police, diminué d'un éventuel capital invalidité déjà versé par GMV
2. Si la personne assurée est un enfant et que son décès survient:
 - a. avant l'âge de deux ans et six mois: le capital est limité à Fr. 2'500.-. Ce capital est également versé en cas d'enfant mort-né (voir art. 9, al. 2 OEC, Ordonnance sur l'état civil).

b. entre deux ans et six mois et douze ans: le capital est limité à Fr. 20'000.-.

Si le total des primes versées pour l'enfant, majoré de 5%, est supérieur au capital maximum au décès conformément aux lettres a. et b., c'est le total des primes majoré de 5% qui est remboursé.

3. Si la personne assurée est au bénéfice d'une couverture en cas de maladie uniquement (IC-m) et que le décès ou l'invalidité trouvent partiellement leur origine dans une infirmité congénitale, un accident ou un événement qui peut être assimilé à un accident, l'assureur peut réduire la prestation en conséquence, ceci même en l'absence d'un lien de causalité adéquat. A cet effet, l'assureur n'est pas lié aux conclusions de l'Assurance Invalidité fédérale (AI) ou de l'assureur accident.
Si l'origine accidentelle est jugée prépondérante dans la survenance du risque assuré, l'entier de la prestation est refusé.

Art. 12 Prestations en cas d'invalidité ou en cas de besoin de soins

1. **En cas d'invalidité – personnes entre 18 et 65 ans selon l'âge tarifaire**
En cas d'invalidité présumée permanente et définitive, l'assureur verse le capital convenu figurant dans la police, dans la proportion du degré d'invalidité reconnu par l'Assurance Invalidité fédérale (AI), un degré de moins de 25% ne donnant droit à aucun versement, alors qu'un degré d'au moins 70% donne droit au versement de l'entier du capital assuré.
2. **En cas de besoin de soins – personnes entre 0 et 17 ans selon l'âge tarifaire**
Le capital octroyé est fonction du niveau de besoin de soins. Celui-ci est fixé par l'assureur en prenant en compte le nombre de gestes de la vie quotidienne qui ne peuvent pas être réalisés par la personne assurée.
3. **Par gestes de la vie quotidiens il faut comprendre (six critères):**
 - a. Se vêtir/se dévêtir
 - b. Se lever/s'asseoir/se coucher/se transférer
 - c. Manger (couper les aliments/porter les aliments à la bouche)
 - d. Soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher)
 - e. Aller aux toilettes (assurer sa propreté, se rhabiller, se sonder ou acte similaire - soins de stomie).
 - f. Se déplacer (dans l'appartement/à l'extérieur), entretenir des contacts sociauxCette énumération est exhaustive.
4. **Niveau de prestation:**
On attribue un point à chacun des critères entièrement remplis, définis à l'art. 12.3 (gestes quotidiens qui requièrent une aide complète, lettres a – f). Le capital est fixé en pourcentage, dépendant du niveau de besoin de soins atteint:

Niveau de besoin de soins:	Capital en pourcent:
1) Faible – dès 2 points	30%
2) Moyen – 3 à 4 points	65%
3) Grave – 5 à 6 points	100%

5. Un besoin de soins inférieur à 2 points ne donne droit à aucune prestation. Toutefois, pour autant que le besoin de soins de la personne assurée ne permette pas de prétendre au capital du niveau 1), et si la personne assurée est dépendante d'une chaise roulante ou a besoin de la présence constante de personnel soignant, elle a au moins droit au capital du niveau 1).

Art. 13 Exclusions/Refus/Réduction

1. Il n'y a pas de couverture du risque décès ou invalidité/besoin de soins lorsque la survenance de l'événement assuré est consécutif à une maladie ou à des séquelles d'accident dont le/les premier(s) symptôme(s) a/ont fait l'objet, avant la signature de la demande d'adhésion,
 - d'un contrôle, d'un suivi ou d'un traitement médical ou
 - d'un test médical ou de laboratoire
2. La prestation assurée en cas d'invalidité/besoin de soins n'est pas accordée pour les cas de infirmités congénitales ou d'affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ainsi que leurs suites.
3. Les prestations en cas ou d'invalidité/besoin de soins ne sont pas accordées tant que la personne assurée refuse ou rend impossible les examens ou les recherches considérés comme nécessaires par l'assureur.
4. L'assureur n'est pas lié si le sinistre a été causé intentionnellement par le preneur d'assurance ou l'ayant droit.
5. Si le preneur d'assurance ou l'ayant droit a causé le sinistre par une faute grave, l'assureur est autorisé à refuser ou réduire sa prestation
6. Le décès par suite de suicide n'est pas couvert pendant les trois premières années de l'assurance ou les trois années qui suivent une augmentation de couverture (pour la partie augmentée).
7. Exclusions pour des actes violents et le terrorisme
Le décès et l'invalidité ne sont pas couverts s'ils sont la conséquence, directe ou indirecte, de la participation à des troubles ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens, ou à des mesures prises pour les combattre, à moins que la personne assurée (respectivement la personne bénéficiaire) ne prouve qu'elle n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs, ni qu'elle les a fomentés.

Art. 14 Justification des droits

1. En cas de décès, l'ayant droit doit faire parvenir à ses frais à l'assureur l'acte de décès officiel de la personne assurée et un rapport médical du médecin traitant indiquant les circonstances et les causes du décès, par le biais d'un formulaire mis à disposition par l'assureur.
2. En cas d'invalidité, la personne assurée remettra à ses frais à l'assureur une copie de la décision AI ou un certificat médical comportant la date de l'accident ou du début de la maladie, sa nature, son évolution et ses conséquences. La personne assurée autorisera l'assureur à prendre connaissance du dossier de l'Assurance Invalidité fédérale (AI).
3. L'assureur se réserve le droit, si cela lui semble utile pour déterminer le droit aux prestations, de faire examiner la personne assurée par un médecin désigné par lui et de recueillir des renseignements complémentaires auprès de tiers.

Art. 15 Paiement des prestations

1. En cas de décès, le paiement du capital intervient dans les 30 jours qui suivent la remise de toutes les pièces justificatives.
2. En cas d'invalidité, le paiement du capital intervient après 6 mois consécutifs d'invalidité présumée permanente et définitive, au plus tôt toutefois 6 mois après la réception par l'assureur de la décision d'octroi d'une rente d'invalidité arrêtée par l'Assurance Invalidité fédérale (AI), et pour autant que la personne assurée soit encore en vie à ce moment-là.
3. En cas de besoin de soins, le paiement du capital intervient au plus tôt après une période de 12 mois pendant laquelle la personne a eu un besoin de soins ininterrompus et présumés permanents, attesté par un médecin.

Art. 16 Primes

1. Les primes sont indiquées sur la police d'assurance.
2. Elles sont échelonnées en fonction des tranches d'âge et dépendent du sexe et des capitaux assurés.
3. Les primes sont calculées sur une base annuelle et payables en Suisse, par avance.
4. Elles peuvent aussi être payées par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles.
5. La période de facturation des primes est au minimum d'un mois à l'exception du mois durant lequel l'affiliation débute ou prend fin.

Art. 17 Modification du tarif des primes

1. L'assureur peut adapter le tarif des primes en fonction de l'évolution des sinistres.
2. L'assureur doit informer le preneur d'assurance de la nouvelle prime au moins 30 jours avant l'expiration de la période d'assurance. Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance, avec effet à la fin de la période d'assurance en cours, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation. La résiliation doit être parvenue à l'assureur dans le délai de 30 jours, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.
3. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, les adaptations faites au niveau des primes seront considérées comme acceptées.

Art. 18 Bénéficiaires

1. En cas de décès, le capital échoit aux bénéficiaires suivants dans l'ordre: le conjoint ou le partenaire enregistré de la personne assurée, à défaut les enfants de la personne assurée, à défaut ses père et mère, à défaut les autres personnes ayant droit à la succession.
2. En dérogation à l'article 18.1 le preneur d'assurance peut désigner ou exclure des bénéficiaires au moment de la conclusion du contrat. Une telle dérogation peut être annulée ou modifiée en tout temps par le preneur d'assurance par le biais d'une communication à l'assureur.
3. Si le preneur d'assurance désigne d'autres bénéficiaires mais n'en fait pas la communication à l'assureur ou s'il opte pour une désignation testamentaire, le paiement des

sommes assurées à celui qui, sans cette désignation, y aurait eu droit, est libératoire pour l'assureur pour autant qu'il n'ait pas eu connaissance de la modification de bénéficiaire ou de la désignation du bénéficiaire par testament.

4. Dans le cas où tous les bénéficiaires désignés par le preneur d'assurance sont prédécédés, les dispositions prévues à l'article 18.1 s'appliquent.
5. En cas d'invalidité/besoin de soins, le capital échoit à la personne assurée.

Art. 19 Prescription

Les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par cinq ans dès la survenance du décès, la notification, à l'assuré, de la décision d'octroi d'une rente par l'Assurance Invalidité fédérale (AI) ou la reconnaissance par l'assureur d'une situation de besoin de soins.

Art. 20 Devoirs d'information

1. La personne à assurer autorise les médecins, hôpitaux et autres prestataires de soins à donner au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour l'appréciation du risque à assurer; elle les délègue à cette fin du secret professionnel.
2. Tout changement (nom, prénom, sexe, état civil, domicile, email, téléphone) doit être annoncé à l'assureur. En cas de violation de ses obligations, le preneur d'assurance assumera les conséquences (qui peuvent aller de la réduction de la prestation jusqu'au refus) et les frais qui en résultent.
3. Lorsque la personne assurée transfère son domicile légal ou sa résidence hors de Suisse, il doit en aviser l'assureur et lui remettre une attestation de départ établie par sa commune ou son canton. Sur cette base, l'assureur résilie l'assurance à la date de départ indiquée sur l'attestation.
4. Si la personne assurée omet de faire cette communication, l'assureur peut mettre fin, dès qu'il en a connaissance, au contrat avec effet à la fin du mois durant lequel le départ de Suisse a été annoncé à l'autorité communale ou cantonale compétente.
5. En cas de sanction par l'assureur à la suite d'un manquement au devoir d'information ou du non-respect d'une autre obligation prévue par les présentes conditions d'assurance, il incombe à l'ayant droit d'apporter la preuve que la violation des obligations n'a pas eu d'incidence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations dues par l'assureur.
6. Si le preneur d'assurance a manqué à son devoir d'information intentionnellement ou dans l'intention de se procurer un profit illicite, l'assureur n'est pas lié par le contrat.

Art. 21 Communications

1. Les communications du preneur d'assurance et de l'assureur peuvent être adressées valablement par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en apporter la preuve par un texte (courrier électronique ou moyens de communication mis à disposition par l'assureur), exception faite des réseaux sociaux.
2. Les communications du preneur d'assurance doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indi-

quées sur les documents officiels de l'assureur.

3. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse postale ou électronique indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou la personne assurée.
4. L'assureur peut aussi faire des communications d'ordre général aux assurés par le biais du journal à l'intention de ses assurés. La personne assurée qui ne souhaite plus recevoir ce journal peut en faire la demande à l'assureur, dans ce cas l'assureur est dégagé de toute responsabilité relative aux communications publiées.

Ces communications peuvent aussi être faites sur le site internet de l'assureur et dans un document joint à l'envoi annuel des polices d'assurances.

Art. 22 Dispositions diverses

1. **Valeur de rachat / réduction**
Cette assurance n'est pas susceptible de rachat et n'offre aucune valeur de réduction.
2. **Participation aux excédents**
Aucune participation aux excédents n'est accordée pour l'assurance IC.
3. **Bases de calcul**
La prime est calculée selon les tables de mortalité EKM/EKF 2019 et d'invalidité EJM/EJF 2023 du Groupe Mutuel Vie GMV SA. La prime est calculée avec un taux d'intérêt technique de 0.00%.
4. **Compensation**
 - a. L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre la personne assurée, lorsqu'elle est preneuse d'assurance, en particulier lorsque des primes échues n'ont pas été acquittées.
 - b. Le preneur d'assurance et la personne assurée n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.
5. **For**
En cas de contestation, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire peut choisir soit les tribunaux de son domicile légal suisse, soit ceux du siège de l'assureur; les conventions internationales demeurent toutefois réservées.

Art. 23 Protection des données

Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Services SA traite les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, de la personne assurée, et le cas échéant de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après: personnes concernées) pour le compte de Groupe Mutuel Vie GMV SA, l'assureur. Le traitement des données est délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après: Groupe Mutuel), une société de Groupe Mutuel Holding SA. Ces deux sociétés sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD). Par données personnelles, on entend notamment les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance.

Par données sensibles on entend notamment les informations relatives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres. Sont principalement traitées les catégories de données personnelles et sensibles suivantes: les données déclaratives des personnes concernées, c'est-à-dire celles

que le Groupe Mutuel peut être amené à recueillir auprès des personnes concernées lors de la manifestation d'intérêt et/ou de la souscription à des produits et services qu'il fournit ou distribue; les données relatives aux prestations fournies ou de fonctionnement des produits et services ou de leur utilisation, notamment lors de l'utilisation des services en ligne; les données provenant de tiers, d'autres services ou d'informations publiques quand cela est autorisé.

Base juridique

Le Groupe Mutuel traite les données personnelles et sensibles des personnes concernées et met en œuvre les traitements sur la base des fondements juridiques suivants: le consentement des personnes concernées, respectivement le consentement exprès pour les données sensibles; les dispositions légales applicables aux activités du Groupe Mutuel (notamment la LPD); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et les personnes concernées; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant (au sens de la LPD) du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

Finalités

Les données personnelles et sensibles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect des obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économicité des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le détournement fiscal. A cet effet, ces données peuvent être communiquées, mutualisées et échangées entre le Groupe Mutuel et des tiers (voir ci-dessous). S'agissant des données utilisées à des fins statistiques, celles-ci sont anonymisées.

Sécurité

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurances et autres mandataires (par exemple un réassureur), s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires afin de respecter la législation relative à la protection des données. Ces dispositions comprennent notamment les mesures techniques, physiques et organisationnelles nécessaires pour préserver la sécurité des données personnelles et empêcher qu'elles ne soient modifiées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Transfert des données

Les données sont traitées de manière confidentielle et peuvent être communiquées à des tiers (par exemple: intermédiaires d'assurance, réassureurs, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée), y compris à l'étranger. Cette communication intervient sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement des personnes concernées. Le consentement doit être exprès s'il s'agit de données sensibles. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers, ces derniers s'engagent dans le

cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux intermédiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en œuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

Profilage

Au cours de sa relation avec le Groupe Mutuel, il est possible que la personne concernée fasse l'objet d'un profilage marketing, afin que l'assureur lui propose des services et produits qui correspondent à ses attentes, son profil et ses besoins.

Durée de conservation

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre le Groupe Mutuel, la personne assurée, l'intermédiaire d'assurance ou des tiers l'exigent.

Droits d'accès et de rectification

Les personnes concernées ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante: dataprotection@groupemutuel.ch. De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Art. 24 Service militaire et risque de guerre

Le service actif pour défendre la neutralité suisse ainsi que pour maintenir la tranquillité et l'ordre à l'intérieur du pays – sans opération de guerre dans l'un et l'autre cas – est considéré comme service militaire en temps de paix; comme tel, il est couvert sans autre formalité dans le cadre des conditions générales d'assurance.

Si la Suisse est en guerre ou si elle se trouve engagée dans des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, une contribution unique de guerre est due dès le début et devient exigible un an après la fin de la guerre, que la personne assurée prenne part ou non à la guerre, qu'elle séjourne en

Suisse ou à l'étranger. La contribution unique de guerre sert à couvrir les pertes résultant directement ou indirectement de la guerre, en tant qu'elles concernent les assurances auxquelles les présentes conditions sont applicables. L'évaluation de ces pertes et des fonds disponibles, ainsi que la détermination du montant de la contribution unique de guerre et des moyens de la recouvrer – le cas échéant en réduisant les prestations assurées – sont faites par l'assureur, en accord avec l'autorité suisse de surveillance.

Si des prestations d'assurance viennent à échéance avant que la contribution unique de guerre ne soit déterminée, l'assureur a le droit de différer partiellement le paiement de ces prestations et de l'effectuer au plus tard un an après la fin de la guerre. Le montant de la prestation différée, ainsi que le taux d'intérêt à bonifier sur cette prestation sont fixés par l'assureur, en accord avec l'autorité suisse de surveillance. Le jour du début et celui de la fin de la guerre, au sens des dispositions précédentes, sont fixés par l'autorité suisse de surveillance.

Si la personne assurée prend part à une guerre ou à des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou se trouve engagée dans des hostilités de cette nature, et qu'elle meure, soit pendant cette guerre, soit six mois après la conclusion de la paix ou la fin des hostilités, la réserve mathématique est due par l'assureur; elle est calculée au jour du décès sans toutefois que le montant dû puisse dépasser celui de la prestation en cas de décès. Si des rentes de survie sont assurées, à la place de la réserve mathématique, interviennent les rentes correspondant à la réserve mathématique au jour du décès, sans toutefois qu'elles puissent dépasser les rentes assurées.

L'assureur se réserve le droit de modifier les dispositions du présent article, en accord avec l'autorité de surveillance et d'appliquer ces modifications au présent contrat. Demeurent en outre expressément réservées les dispositions légales et administratives en relation avec une guerre, notamment celles qui concernent le rachat de l'assurance.