

Édition 2025

Les présentes informations et dispositions s'appliquent aux personnes assurées du contrat collectif d'assurance vie conclu entre la Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe (preneur d'assurance, ci-après dénommée «la fondation») et VZ BVG Rück SA (l'assureur, ci-après dénommé «VZ»).

En cas d'incohérences et de divergences entre les diverses versions linguistiques, c'est la version allemande des "Informations et dispositions" qui est décisive.

A Informations

Solution d'assurance (assurance de sommes) collective

Le contrat d'assurance vie collective fait partie d'une solution d'assurance collective concernant les risques d'invalidité et de décès, dont les prestations sont fournies en sus d'éventuelles prestations des assurances sociales (assurance de sommes).

La Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe organise la présente solution d'assurance à l'attention des membres de l'Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe, leurs conjoints et partenaires ainsi que leurs enfants majeurs en collaboration avec VZ.

Parties

Preneur d'assurance : Le preneur d'assurance est la Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe, dont le siège est à Zurich (ci-après la fondation).

Assureur : L'assureur est VZ BVG Rück SA, dont le siège est à Zurich (ci-après VZ). L'adresse du secrétariat en Suisse est la suivante : VZ BVG Rück SA, Gotthardstrasse 6, 8002 Zurich.

Répartition des tâches

La fondation conclut une convention d'assurance avec les personnes à assurer. Elle est l'interlocutrice directe des personnes assurées, assure leur suivi et apporte son soutien lors de l'encaissement.

VZ est l'assureur risque, il est responsable de la gestion des dommages, des risques et des cas. Il collabore étroitement avec la fondation pour ce faire.

La fondation cède à la personne assurée tous les droits aux prestations actuels et futurs découlant de cette assurance ainsi que le droit de désigner les bénéficiaires au début de l'assurance. Cette dernière fera donc valoir ses droits aux prestations directement auprès de VZ. La fondation ne répond ni de l'existence et de la liquidité de ces créances, ni de la solvabilité de VZ.

Quelles personnes peuvent s'assurer?

La présente solution d'assurance est ouverte aux membres de l'Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe ainsi que les propriétaires et employés du secrétariat général de la fondation, Mark & Michel SA, Zurich (ci-après dénommés les membres), leurs conjoints et partenaires ainsi que leurs enfants majeurs qui ont souscrit à l'offre d'assurance risque et qui, au moment de la proposition d'assurance

- ont leur domicile en Suisse, et
- sont pleinement apte à exercer une activité lucrative.

Quels sont les risques assurables?

Selon les souhaits, il est possible d'assurer les risques financiers suivants : en cas de décès par suite de maladie ou d'accident, un capital décès (constant ou décroissant) et/ou des rentes d'orphelin et/ou, en cas d'invalidité durable par suite de maladie ou d'accident (délai d'attente 24 mois), une rente d'invalidité.

La nature, le montant, le début et la durée de la couverture d'assurance découlent, une fois l'adhésion acceptée, de la déclaration de couverture ou du certificat d'assurance ainsi que des dispositions suivantes.

Quel est le montant des primes annuelles?

Le montant des primes annuelles dépend entre autres de la couverture souhaitée, de l'âge, du sexe et du moment du début de l'assurance. La prime minimale s'élève à 120 de francs.

Le tableau des primes avec les primes annuelles futures, non garanties, fait partie intégrante du certificat d'assurance.

Une prime partielle est facturée pour la période entre le début de l'assurance et le 1er janvier suivant. La première prime est due 30 jours après réception de la facture et du certificat d'assurance. Les primes suivantes sont dues chaque année, à l'avance, pour le 1er janvier.



Quand débute l'assurance?

La couverture d'assurance débute à la déclaration de couverture accompagnée du certificat d'assurance, mais au plus tôt au début de l'assurance indiqué sur le certificat d'assurance.

Quand cesse l'assurance?

L'assurance se termine au plus tard à l'âge terme (64 ans pour les femmes, 65 ans pour les hommes, 20 ans pour les orphelins). L'âge terme est atteint le dernier jour du mois au cours duquel l'âge en question est atteint. L'âge terme de la présente solution d'assurance peut différer du moment auquel prend naissance le droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), de l'assurance-invalidité (AI) ou de l'assurance-accidents (AA).

La protection des données est-elle garantie?

Le VZ et la fondation s'engagent à respecter les dispositions suisses sur la protection des données. La présente solution d'assurance est soumise à la loi suisse sur la protection des données (LPD).

Le VZ et la fondation s'engagent à ne collecter que les données personnelles de la personne assurée ou de l'ayant droit/bénéficiaire qui sont nécessaires à l'exécution de l'assurance et à n'utiliser les données qui leur sont confiées que dans ce but.

Les données peuvent être stockées auprès de VZ, de ses réassureurs et de la fondation (et des tiers auxquels ils ont confié des tâches de gestion) sous forme physique et électronique. Elles ne sont transmises qu'à des tiers (notamment réassureurs, médecins-conseils, tiers chargés de tâches administratives, gestionnaires de dossiers) qui s'engagent à respecter les mêmes restrictions.

Pour de plus amples informations en lien avec le traitement des données personnelles, il est renvoyé à la déclaration de protection des données disponible à l'adresse www.freievorsorge.ch.

À qui puis-je m'adresser en cas de questions?

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site www.freievorsorge.ch.

Numéro de téléphone +41 44 213 20 60

E-mail info@freievorsorge.ch.

Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe
Löwenstrasse 25
Case postale
8021 Zurich



B Dispositions

1. 1. Bases

1.1 Bases contractuelles

1.1.1 Fondation/VZ

Les engagements contractuels entre la fondation et VZ sont régis par le contrat d'assurance-vie collective no 400 000, les Conditions générales relatives aux assurances-vie collectives en dehors de la prévoyance professionnelle (CGA), édition 1/2025 et les Conditions générales de VZ, version décembre 2021.

Le contrat d'assurance vie collective, les CGA et les conditions générales de VZ régissent exclusivement la relation entre la fondation et VZ. Cet engagement contractuel ne fait naître aucun droit ni aucune relation juridique entre VZ et la personne à assurer ou d'autres parties.

1.1.2 Personne assurée

Les conventions du contrat d'assurance-vie collective et des CGA s'appliquant aux personnes assurées sont résumées dans les présentes «Informations et dispositions à l'attention des personnes assurées».

Font également partie des engagements contractuels tous les documents concernant la personne assurée, notamment:

- l'adhésion à l'assurance collective de risque avec la déclaration de santé;
- les rapports d'examens médicaux;
- le certificat d'assurance.

1.1.3 Droit applicable et for

La fondation, VZ et la personne assurée reconnaissent que les litiges seront résolus selon le droit matériel suisse en vigueur et que les tribunaux du siège de la fondation sont compétents pour ce faire.

1.1.4 Procédure

La personne à assurer qui souhaite intégrer la solution d'assurance ou augmenter des prestations déjà assurées doit remplir l'adhésion à l'assurance collective de risque, accompagnée de la déclaration de santé, de manière complète et conforme à la vérité, la signer et l'envoyer en original à la fondation. Sur demande, elle doit en outre remettre un rapport médical et/ou se soumettre à un examen médical aux frais de VZ.

1.1.5 Admission

La fondation transmet l'adhésion à l'assurance collective de risque à VZ, qui décide de l'admission. L'admission peut être refusée sans indication de motifs.

VZ peut notamment assortir d'une réserve certaines maladies ou suites d'un accident, exclure certains risques de la couverture, ne prendre en charge la couverture que contre une prime spéciale ou la refuser entièrement. Toute réserve, exclusion de couverture ou prime spéciale est valable pour toute la durée de l'assurance.

Une fois que le risque individuel a été évalué, VZ adresse à la fondation une déclaration de couverture ou une décision de refus. La fondation en informe alors la personne à assurer et, si la couverture a été acceptée, délivre le certificat d'assurance.

Si, en raison de risques accrus, il n'est possible d'accorder la couverture demandée que moyennant une réserve, une exclusion de couverture, une réduction des prestations à assurer ou une prime spéciale, ces conditions particulières sont communiquées à la personne à assurer. La personne à assurer peut alors retirer son adhésion à l'assurance collective de risque et aucune couverture d'assurance n'a dès lors existé. Si la personne à assurer accepte les conditions spéciales, elle doit le confirmer par écrit dans un délai de quatre semaines à compter de leur communication. La fondation établit ensuite la déclaration de couverture et le certificat d'assurance correspondants. Faute de confirmation dans les délais de la personne à assurer, l'adhésion à l'assurance collective de risque est réputée retirée et aucune couverture d'assurance n'a dès lors existé.

La couverture d'assurance débute à la déclaration de couverture accompagnée du certificat d'assurance, mais au plus tôt au début de l'assurance indiqué sur le certificat d'assurance.

1.1.6 Personnes assurables

Les membres de l'Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe ainsi que les propriétaires et employés du secrétariat général de la fondation, Mark & Michel SA, Zurich (ci-après, collectivement, les membres), leurs conjoints et partenaires ainsi que leurs enfants majeurs qui ont souscrit à l'offre d'assurance risque et qui, au moment de la proposition d'assurance

- ont leur domicile en Suisse, et
- sont pleinement apte à exercer une activité lucrative.

Les partenaires enregistrés sont assimilés aux conjoints.



Une personne est considérée comme partenaire d'un membre de l'Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe ou d'un propriétaire ou employé du secrétariat de la fondation, Mark & Michel SA, Zurich, si, au moment de la proposition d'assurance, toutes les conditions suivantes sont remplies:

- les partenaires ne sont pas mariés et ne vivent pas non plus en partenariat enregistré;
- les partenaires n'ont aucun lien de parenté, et
- les partenaires forment une communauté de vie.

2. Prestations assurées

2.1 Données générales

2.1.1 Prestations assurables

Les prestations de risques suivantes peuvent être assurées : en cas de décès par suite de maladie ou d'accident, un capital décès (constant ou décroissant) et/ou des rentes d'orphelin et/ou, en cas d'invalidité durable par suite de maladie ou d'accident (délai d'attente 24 mois), une rente d'invalidité.

Les prestations assurées individuellement de la personne assurée figurent sur le certificat d'assurance. S'il indique toutefois des prestations supplémentaires et/ou plus élevées par rapport à celles que la personne assurée a demandées au moment de son adhésion, cette dernière est tenue d'en informer immédiatement la fondation, qui rectifiera le certificat d'assurance en conséquence. Le cas échéant, les prestations versées ne peuvent jamais excéder celles demandées par la personne assurée dans son adhésion à l'assurance collective de risque.

2.1.2 Mise en gage

Les prestations de risques peuvent être mises en gage en faveur de tiers, en tout ou en partie, après communication écrite à la fondation. La fondation met à disposition un formulaire spécifique à cet effet.

2.1.3 Champ d'application

Les prestations assurées sont valables dans le monde entier.

2.1.4 Base de calcul des prestations assurées

VZ peut limiter le montant des prestations assurables pour une personne lors de l'adhésion à l'assurance collective de risque, respectivement lors d'une extension ou d'une augmentation des prestations, afin que les prestations aient un lien réel avec le revenu provenant d'une activité lucrative et répondent à un besoin de couverture.

2.1.5 Âge terme

L'âge terme (64 ans pour les femmes, 65 ans pour les hommes, 20 ans pour les orphelins) est atteint le dernier jour du mois au cours duquel l'âge en question est atteint. L'âge terme de la présente solution d'assurance peut différer du moment auquel prend naissance le droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), de l'assurance-invalidité (AI) ou de l'assurance-accidents (AA).

2.2 Capital décès

2.2.1 Montant du capital décès (maladie avec/sans accident)

Si la personne assurée décède avant d'avoir atteint l'âge terme, la somme convenue est versée aux bénéficiaires. Le capital assuré en cas de décès à la suite d'une maladie avec ou sans accident peut être constant ou décroître au fil du temps.

2.2.2 Désignation des bénéficiaires du capital décès

La personne assurée peut librement désigner les bénéficiaires ou les modifier à tout moment, au moyen d'une déclaration écrite adressée à la fondation. Cette déclaration écrite doit parvenir à la fondation du vivant de la personne assurée.

À défaut de déclaration contraire de la personne assurée, le capital décès, sous réserve des prestations mises en gage, est réparti entre ses survivants dans l'ordre suivant:

- conjoint ou partenaire enregistré; à défaut
- enfants (à parts égales sauf instruction écrite contraire de la personne assurée); à défaut
- parents (à parts égales sauf instruction écrite contraire de la personne assurée); à défaut
- frères et sœurs (à parts égales sauf instruction écrite contraire de la personne assurée) ou leurs descendants; à défaut
- fondation.

Les personnes bénéficiaires reçoivent le capital décès même si elles répudient la succession. La prestation ne tombe pas dans la succession de la personne assurée décédée.



2.3 Rente d'orphelin

2.3.1 Montant de la rente d'orphelin (maladie avec/sans accident)

Si la personne assurée décède avant d'avoir atteint l'âge terme, la rente d'orphelin convenue est versée pour chaque enfant survivant jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (25 ans révolus en cas de formation). La rente d'orphelin assurable par année et par enfant s'élève au maximum à 18'000 francs.

Sont reconnues comme formation :

- la fréquentation d'écoles ou de cours en vue d'obtenir une formation générale ou professionnelle ;
- la formation professionnelle dispensée dans le cadre d'un apprentissage, mais également toute activité constituant une préparation systématique à l'exercice d'une activité professionnelle.

La personne qui exerce une activité lucrative à titre principal et qui, accessoirement, fréquente une école ou des cours n'est pas réputée suivre une formation.

Les enfants recueillis et les enfants d'un autre lit sont assimilés aux propres enfants de la personne assurée décédée si cette dernière devait subvenir entièrement ou principalement à leur entretien.

2.4 Rente d'invalidité

2.4.1 Montant de la rente d'invalidité (maladie avec/sans accident)

Si la capacité de la personne assurée majeure d'exercer une activité lucrative est réduite d'au moins 25 % en raison d'une maladie avec/sans accident, une rente d'invalidité temporaire est versée à l'expiration du délai d'attente de 24 mois à compter de la survenance de l'incapacité de travail et jusqu'au recouvrement de la capacité de gain, mais au plus tard jusqu'à l'âge terme.

Les personnes majeures qui n'exercent pas d'activité lucrative ou qui sont en formation peuvent également conclure des rentes d'invalidité temporaires. La rente d'invalidité assurable se monte alors au maximum 36'000 francs par année.

Si la personne assurée présente une incapacité de gain partielle, elle a droit aux prestations sous forme de rente suivantes en fonction du degré d'incapacité de gain :

- | | |
|------------------|---------------------------|
| • moins de 25% | pas de rente |
| • de 25% à 59.9% | au prorata du pourcentage |
| • de 60% à 69.9% | trois quarts de rente |
| • dès 70% | rente complète |

Le retour d'une incapacité de gain de même origine en l'espace d'une année est considéré comme une rechute et ne déclenche pas de nouveau délai d'attente. Si la capacité de gain a été recouvrée pour plus d'un an, une éventuelle incapacité sera toujours considérée comme nouvelle – indépendamment de sa cause – et ouvrira un nouveau délai d'attente de 24 mois.

2.5 Exonération des primes

Si la présente assurance couvre le risque d'invalidité (rente d'invalidité), l'exonération des primes en cas d'incapacité de travail est incluse pour toutes les prestations assurées. Après l'expiration d'un délai d'attente de 3 mois, toute prime déjà versée est restituée proportionnellement au degré d'incapacité de travail ou, en cas d'invalidité, similairement à l'échelonnement de la rente d'invalidité (selon l'art. 2.4.1).

En l'absence de degré d'invalidité au sens de l'AI/AA, l'exonération des primes est accordée pendant 24 mois au plus. Demeurent réservées les exonérations de primes des personnes assurées présentant un degré d'incapacité de gain compris entre 25% et 39.9% et des personnes assurées dont l'AI n'examinera pas la capacité de gain en raison d'une période de cotisation insuffisante.

2.6 Définitions relatives au calcul des prestations

2.6.1 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée d'elle peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Dans l'attente d'une décision de l'AI, le degré d'incapacité de travail est fixé sur la base des certificats médicaux d'un médecin pratiquant en Suisse. VZ accepte en principe le degré d'incapacité de travail fixé par le médecin, mais peut demander en tout temps à consulter le dossier complet et, en cas de doute, requérir un avis ou une expertise.



2.6.2 Incapacité de gain

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur le 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.

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

2.6.3 Degré d'incapacité de gain

Le degré d'incapacité de gain correspond au degré d'invalidité constaté par l'assurance-invalidité fédérale (AI), subsidiairement au degré d'invalidité constaté par l'assureur LAA (AA).

Pour les assurés qui ne remplissent pas les conditions d'assurance de l'assurance-invalidité fédérale en raison d'une période de cotisation insuffisante (au sens de l'art. 6, al. 2, LAI), VZ détermine le degré d'incapacité de gain de manière analogue aux règles de l'assurance-invalidité fédérale.

2.6.4 Accident

Est considérée comme accident toute lésion corporelle que la personne assurée subit involontairement par suite d'une force extérieure qui s'exerce soudainement sur elle. Sont assimilés à un accident : les noyades, gelures, coups de chaleur et coups de soleil, empoisonnements et brûlures, ainsi que l'inhalation involontaire de gaz et de vapeurs.

2.7 Exécution des prestations

2.7.1 Début de l'obligation de verser des prestations

Dès que le cas de prestation a été annoncé à VZ avec tous les documents nécessaires et que ce dernier l'a reconnu, l'obligation de verser des prestations débute le mois de l'annonce, mais au plus tôt le premier jour du mois suivant l'expiration du délai d'attente.

Toute incapacité de gain ou invalidité de la personne assurée doit être annoncée à VZ après l'expiration du délai d'attente convenu, mais au plus tard après six mois. À défaut, VZ impute la période de retard comme délai d'attente supplémentaire ne donnant pas droit à une indemnisation.

Le capital décès et la rente d'orphelin sont versés au plus tôt à partir du premier jour du mois qui suit le moment du décès.

Les éventuelles prestations rétroactives sont versées sans intérêts moratoires.

2.7.2 Paiement des prestations

VZ verse les prestations sous forme de rente à la personne assurée ou à l'ayant droit chaque trimestre, à l'avance. Les échéances de paiement sont fixées de manière à ce que l'une d'elles coïncide avec le début de l'année d'assurance. Si le début du droit à la rente ne coïncide pas avec une échéance de paiement, la première rente est versée proportionnellement jusqu'à la prochaine échéance de paiement.

VZ verse le capital décès à l'ayant droit en une seule fois, sous forme de capital.

Les prestations assurées ne sont pas adaptées au renchérissement et sont versées en CHF.

Les personnes assurées sont elles-mêmes responsables de respecter les dispositions fiscales applicables en raison du paiement de prestations.

2.7.3 Fin de l'obligation de verser des prestations

L'obligation de VZ de verser des prestations se termine au plus tard à l'âge terme (64 ans pour les femmes, 65 ans pour les hommes).

2.8 Limitations des prestations

2.8.1 Réticence

Si, en répondant aux questions concernant son état de santé lors de son adhésion ou demande d'augmentation de prestations déjà assurées, la personne assurée a déclaré de manière inexacte ou dissimulé un fait important qu'elle connaissait ou devait connaître (réticence), VZ ou la fondation sont en droit de résilier l'assurance. Ce droit de résiliation de VZ ou de la fondation s'éteint quatre semaines après que ces derniers ont eu connaissance de la réticence.

Si l'assurance est résiliée à la suite d'une réticence, l'obligation de VZ de fournir des prestations s'éteint aussi pour les dommages déjà survenus dont la survenance ou l'étendue a été influencée par le fait important qui n'a pas été déclaré ou qui l'a été de manière inexacte. Si VZ a déjà fourni des prestations, il peut en réclamer le remboursement.

2.8.2 Faute

Il n'existe aucune obligation de fournir des prestations si la personne assurée ou un ayant droit cause intentionnellement un cas de prestation.



Si l'AVS/AI ou l'assureur accidents réduit, retire ou refuse ses prestations parce que le bénéficiaire ou la personne assurée a provoqué le décès ou l'invalidité par une faute grave ou parce qu'il s'oppose à une mesure de réadaptation de l'AI, les prestations peuvent être réduites dans la même proportion.

2.8.3 Suicide / tentative de suicide

Aucune prestation n'est versée en cas de décès par suicide ou des suites d'une tentative de suicide dans les trois premières années suivant le début de la couverture d'assurance. Si la période d'assurance court depuis plus de trois ans, les prestations en cas de décès sont versées sans tenir compte des augmentations de prestations des trois dernières années.

VZ ne verse aucune prestation d'invalidité si l'incapacité de gain ou l'augmentation du degré de celle-ci est due à une tentative de suicide, même si la personne assurée a commis ces actes dans un état d'irresponsabilité ou de responsabilité réduite.

2.8.4 Défaut de coopération

Une personne assurée qui demande ou perçoit des prestations d'invalidité est tenue de collaborer activement aux expertises médicales, aux examens médicaux de suivi et aux mesures raisonnablement exigibles de réinsertion, et ce aussi bien concernant les mesures de l'assurance-invalidité fédérale que celles de VZ.

Si une personne assurée refuse de coopérer, VZ peut réduire ses prestations ou refuser d'effectuer des paiements supplémentaires.

2.8.5 Prescription

Le droit aux prestations se prescrit par cinq ans à compter de la survenance du fait à l'origine de l'obligation de fournir des prestations.

2.8.6 Actes de guerre

Les risques de guerre sont couverts à la condition suivante, conformément à la réglementation uniforme applicable à toutes les compagnies d'assurance vie actives en Suisse : si la Suisse mène une guerre ou si elle est entraînée dans des actions analogues, une contribution de guerre unique est due à compter du début de la guerre et devient exigible un an après la fin de la guerre. Que l'assuré prenne part ou non à la guerre et qu'il séjourne en Suisse ou à l'étranger n'est pas déterminant. La contribution de guerre sert à couvrir les dommages directs et indirects causés par la guerre, pour autant que ces derniers concernent des assurances soumises aux présentes conditions. VZ détermine ces dommages de guerre ainsi que la couverture disponible et fixe la contribution de guerre ainsi que son potentiel amortissement – le cas échéant en réduisant les prestations d'assurance – en accord avec l'autorité suisse de surveillance. Si des prestations d'assurance sont dues alors que la contribution de guerre n'a pas encore été fixée, VZ peut différer le paiement d'une part appropriée jusqu'à un an après la fin de la guerre. VZ détermine la part de la prestation à différer et le taux auquel cette part portera intérêt en accord avec l'autorité suisse de surveillance. L'autorité suisse de surveillance fixe les dates à considérer comme le début et la fin de la guerre au sens des dispositions ci-dessus. Si l'assuré prend part à une guerre ou à des opérations analogues sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou impliquée dans des opérations analogues et qu'il décède au cours de cette guerre ou dans les six mois suivant la conclusion de la paix ou la fin des hostilités, VZ est tenu de verser le capital de couverture calculé au jour du décès, mais au maximum la prestation assurée en cas de décès. Si des rentes certaines de survivant sont assurées, celles qui correspondent au capital de couverture calculé au jour du décès remplacent le capital de couverture à concurrence des rentes assurées. VZ se réserve le droit de modifier les dispositions du présent article avec l'accord de l'autorité suisse de surveillance, avec effet pour la présente assurance également. Demeurent en outre expressément réservées les mesures légales ou administratives en lien avec une guerre, en particulier celles concernant le rachat de l'assurance.

2.8.7 Radioactivité

Les sinistres résultant directement de réactions nucléaires, telles que la scission et la fusion, ne sont pas assurés.

Un tel cas de prestation est néanmoins assuré s'il survient à la suite d'un traitement médical ou dans le cadre de rapports professionnels.

3. Primes

3.1 Montant des primes

Le montant de la prime dépend entre autres de la couverture souhaitée, de l'âge, du sexe, du moment du début de l'assurance et du tarif de risque sous-jacent.

3.2 Tarifs individuels

Les primes annuelles de la personne assurée et le tarif de risque sont fixés lors de l'admission à l'assurance ou de la modification des prestations et figurent sur le certificat d'assurance ou dans le tableau des primes.

Les primes et le tarif de risque ne sont pas garantis.

3.3 Prime annuelle

Une facture de prime est adressée chaque année à la personne assurée, même en cas d'exonération du paiement des primes de risque. La prime minimale s'élève à CHF 120.



3.4 Échéance

Une prime partielle est facturée pour la période entre le début de l'assurance et le 1er janvier suivant. La première prime est due 30 jours après réception de la facture et du certificat d'assurance. Les primes suivantes sont dues chaque année, à l'avance, pour le 1er janvier.

3.5 Retard de paiement

Si la prime n'est pas payée à la date d'échéance, la personne assurée est invitée à s'en acquitter dans les 14 jours à compter de l'envoi de la sommation. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de fournir des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.

Si la fondation ou VZ ne poursuivent pas juridiquement le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois à compter de l'expiration du délai de sommation, la fondation et VZ sont réputés se départir du contrat et renoncer au paiement de la prime en souffrance.

Si la fondation ou VZ poursuivent la prime, leur obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais.

La personne assurée répond des frais occasionnés par le retard de paiement (frais de rappel (CHF 25), frais de poursuite, encaissement) en présence de primes impayées.

4. Début et fin de l'assurance

4.1 Début de l'assurance

La couverture d'assurance débute à la déclaration de couverture accompagnée du certificat d'assurance, mais au plus tôt au début de l'assurance indiqué sur le certificat d'assurance.

4.2 Couverture d'assurance provisoire

Une couverture d'assurance provisoire s'applique dès le début de l'assurance, mais au plus tôt lorsque la fondation ou VZ reçoit l'adhésion à l'assurance collective de risque. Cette couverture d'assurance provisoire prend fin au moment de l'achèvement de l'évaluation du risque individuel (admission, art. 1.1.5) et au début de la couverture d'assurance définitive avec réception du certificat d'assurance, respectivement avec la décision de refus de la fondation, mais au plus tard 60 jours après le début de la couverture d'assurance provisoire.

Elle n'est, en outre, valable que si une assurance est effectivement conclue et ne s'applique pas aux demandes d'augmentation des prestations.

Si un cas de prestation survient pendant la durée de la couverture d'assurance provisoire, les prestations à assurer demandées sont couvertes de la manière suivante:

- capital décès plafonné à CHF 100'000;
- rente d'invalidité plafonnée à CHF 36'000 par an;
- rente d'orphelin: aucune.

Aucune prestation n'est allouée lorsque le cas de prestation est dû à une maladie, à une infirmité ou aux séquelles d'un accident qui existaient déjà avant le début de la couverture d'assurance provisoire.

Les changements de l'état de santé survenant pendant la durée de la couverture d'assurance provisoire doivent être annoncés à VZ immédiatement par écrit.

4.3 Couverture d'assurance définitive

La couverture d'assurance ne devient définitive qu'après que VZ a accepté l'adhésion à l'assurance collective de risque ou la demande d'augmentation des prestations. Une fois l'admission prononcée, la personne assurée reçoit de la fondation un certificat d'assurance contenant toutes les données pertinentes relatives aux prestations.

4.4 Fin de l'assurance

L'assurance s'éteint dans les cas suivants :

- expiration de la période d'assurance convenue;
- la personne assurée a atteint l'âge terme;
- décès de la personne assurée;
- la résiliation ou révocation par la personne assurée conformément à l'art. 4.5;
- à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée a quitté son domicile en Suisse;
- retard de paiement au sens de l'art. 3.5;
- réticence au sens de l'art. 2.8.1;
- résiliation du contrat d'assurance-vie collective entre le preneur d'assurance et l'assureur conformément à l'art. 4.5.



Si la personne assurée séjourne temporairement à l'étranger (sans renoncer à son domicile en Suisse), la couverture d'assurance est maintenue pendant deux ans au plus. Tout séjour à l'étranger d'une durée supérieure à deux ans doit être annoncé au préalable à la fondation par écrit. Le cas échéant, VZ examine s'il est possible de maintenir l'assurance pour une durée limitée. La poursuite est laissée à l'appréciation de VZ et peut être soumise à des conditions supplémentaires.

4.5 Résiliation, révocation ou suppression de l'assurance

La personne assurée peut résilier l'assurance à tout moment par lettre recommandée adressée à la fondation, moyennant un délai de 30 jours pour la fin de n'importe quel mois civil. Au cours de la première année d'assurance, la résiliation ne peut intervenir que pour la fin de l'année civile en question (31 décembre). Les primes versées mais non consommées sont remboursées au prorata. En cas de décès, le paiement des prestations assurées met fin à l'assurance. Les primes versées en cours d'année ne sont pas remboursées.

La personne assurée peut révoquer l'assurance par écrit dans un délai de 14 jours à compter de son adhésion à l'assurance collective de risque (au sens de l'art. 1.1.4) ou de son admission (au sens de l'art. 1.1.5). La révocation a pour effet que l'adhésion à l'assurance collective de risque ou l'admission sont sans effet dès l'origine et qu'aucune couverture d'assurance n'a jamais existé. Le cas échéant, les prestations déjà reçues doivent être restituées. Si un examen médical a été effectué dans le cadre de l'admission, la personne assurée est tenue, si elle révoque l'assurance, d'en rembourser les frais.

L'assurance prend fin si le contrat d'assurance-vie collective conclu entre le preneur d'assurance et l'assureur est résilié. Le cas échéant, les assurés sont informés par écrit au moins 3 mois à l'avance. La fondation ne peut être tenue pour responsable de la suppression de la couverture d'assurance.

4.6 Modification des bases contractuelles

Le conseil de fondation peut décider de modifier en tout temps les informations et les dispositions concernant les personnes assurées du présent contrat d'assurance vie collective. Le cas échéant, les nouvelles informations et dispositions s'appliquent aux personnes assurées à compter de l'année d'assurance suivante. La personne assurée a alors le droit de résilier l'assurance dans les quatre semaines suivant la communication en question, faute de quoi elle est réputée avoir accepté la modification. Les informations et dispositions en vigueur peuvent être consultées à tout moment à l'adresse www.freievorsorge.ch.

5. Devoir d'information et de collaboration de la personne assurée

5.1 Modification du revenu provenant d'une activité lucrative

Il n'est pas nécessaire d'annoncer à la fondation les modifications temporaires du revenu provenant de l'activité lucrative dues à des formations continues ne dépassant pas deux ans.

Les modifications importantes du revenu provenant de l'activité lucrative (modification de plus de 30 pour cent par rapport au revenu précédent) pendant la période d'assurance, suite à la cessation ou au changement de l'activité lucrative ou du passage de l'activité à temps partiel, doivent être annoncées à la fondation dans les trois mois afin que les prestations assurées puissent être adaptées au sens de l'art. 2.1.4. Il en va de même si la personne assurée s'engage dans une formation de plus de deux ans. À défaut d'annonce en temps utile, VZ peut, en cas de sinistre, réduire ses prestations de manière à ce que ces dernières soient réellement en lien avec le revenu provenant d'une activité lucrative et le besoin de couverture.

5.2 Départ du domicile / séjour à l'étranger

La personne assurée annonce tout départ de son domicile en Suisse à la fondation afin que celle-ci puisse abandonner l'assurance après son expiration (conformément à l'art. 4.4).

La personne assurée annonce à la fondation tout séjour à l'étranger d'une durée supérieure à deux ans à l'avance et par écrit. Le cas échéant, VZ examine s'il est possible de maintenir l'assurance pour une durée limitée (conformément à l'art. 4.4). La poursuite de l'assurance est laissée à l'appréciation de VZ et peut être soumise à des conditions supplémentaires.

5.3 Annonce précoce de l'incapacité de travail

Plus, VZ est informé rapidement d'un cas de prestation survenu ou susceptible de survenir, plus il sera à même d'aider efficacement la personne assurée à maintenir sa capacité de travail ou à la recouvrer.

La personne assurée informe immédiatement la fondation de tout événement susceptible de conduire à une prestation assurée. Les personnes assurées qui tombent en incapacité de travail doivent s'annoncer immédiatement après la survenance de cette incapacité, même si toutes les prestations assurées sont soumises à un délai d'attente.

VZ peut réduire ses prestations si les dispositions concernant la déclaration de sinistre ne sont pas respectées et qu'il en résulte des prestations d'assurance plus élevées.

5.4 Changements pendant le versement de prestations

La personne assurée communique également immédiatement à VZ tout événement conduisant à la suppression ou à une modification des prestations versées sous forme de rente. Il s'agit notamment des événements suivants:

- une modification du degré d'incapacité de travail ou de gain;
- un éventuel recouvrement de la capacité de travail.



5.5 Documents médicaux

Sur demande, la personne assurée fournit à VZ tous les renseignements dont ce dernier a besoin pour évaluer son obligation de fournir des prestations et, si nécessaire, lui permet de consulter les documents médicaux correspondants.

