

Dispositions générales

Le terme «Banque» désigne ci-après la Banque Raiffeisen désignée en tant qu'interlocutrice dans la «Convention de couverture des objectifs d'épargne» (ci-après la «Convention»). La «Banque» agit en qualité de représentant de la Fondation de prévoyance Raiffeisen, 9001 Saint Gall (ci-après la «Fondation»). Sauf disposition contraire prévue dans la «Convention» ou dans les «Conditions générales d'assurance – Couverture des objectifs d'épargne» (ci-après «CGA»), le «Règlement – Fondation de prévoyance Raiffeisen» s'applique dans sa version actuellement en vigueur. Le terme «preneur de prévoyance» utilisé dans le «Règlement» désigne en l'occurrence toujours la «Personne à assurer» ou la «Personne assurée».

Pour garantir les prestations assurées, la «Fondation», en sa qualité de preneuse d'assurance, a conclu un contrat d'assurance vie collective (ci-après le «Contrat collectif») avec Helvetia Compagnie Suisse d'assurance sur la Vie, Bâle (ci-après «Helvetia») à titre d'assureur et de porteur de risques. La «Personne à assurer» est admise dans le «Contrat collectif» en vertu de la «Convention».

Conformément au «Contrat collectif», la «Fondation» fournit des prestations telles que la prise en charge de la «Personne assurée». Ainsi, la «Fondation» ou la «Banque» est l'interlocutrice de la «Personne assurée» pour tout ce qui a trait à la présente «Convention».

1. Objectif de l'assurance

En vertu de l'assurance de l'objectif d'épargne (ci-après la «Couverture des objectifs d'épargne»), une rente d'invalidité annuelle est assurée en cas d'invalidité.

Par son admission dans le contrat «Contrat collectif», la «Personne à assurer» a la possibilité de conclure une assurance des objectifs d'épargne dans la prévoyance liée 3a. La «Convention» et les présentes «CGA» garantissent qu'en cas d'incapacité de gain de longue durée jusqu'à concurrence de l'âge terme déclaré, l'objectif d'épargne sera atteint grâce au versement annuel du montant assuré porté au crédit d'un compte détenu auprès d'une Banque Raiffeisen au choix de la «Personne assurée». La «Fondation» fournit la prestation d'assurance à la «Personne assurée» à la charge d'«Helvetia».

2. Couverture d'assurance, examen de santé, réserve de prestation

La «Personne à assurer» doit exercer une activité lucrative au moment de la conclusion de l'assurance. Les prestations d'assurance sont garanties sans réserve dans la mesure où la «Personne à assurer» jouit pleinement de sa capacité de travail ou de gain au début de l'assurance et qu'elle a répondu «non» à toutes les questions concernant son état de santé, figurant dans la «Convention».

Les réponses aux questions posées par la «Fondation» et «Helvetia» concernant l'état de santé de la «Personne à assurer» doivent être complètes et véridiques. En signant la présente «Convention», la «Personne assurée» autorise «Helvetia» à se procurer des renseignements utiles auprès de médecins, de thérapeutes, d'autres spécialistes médicaux, d'établissements médicaux, d'autorités, d'autres compagnies d'assurances et d'autres tiers. La «Personne assurée» délègue expressément les médecins, thérapeutes, autres spécialistes médicaux, établissements médicaux, autorités, institutions d'assurance et autres tiers ainsi que leurs auxiliaires du secret de fonction, professionnel et contractuel, et notamment du secret en matière d'assurances, et les autorise à fournir à «Helvetia», et en particulier à son service médical, les renseignements nécessaires pour régler les cas de prestations assurées. Cette autorisation est valable indépendamment de la conclusion de la «Convention».

3. Réticence

Si, lors de l'établissement de la proposition d'assurance, la «Personne assurée» a dissimulé ou communiqué de façon inexacte un risque notable qu'elle connaissait ou devait connaître et sur lequel elle a été questionnée par écrit, la «Fondation» ou «Helvetia» est en droit de résilier la «Convention» par écrit dans un délai de 4 semaines après avoir eu connaissance de la réticence. La résiliation prend effet à sa réception

par la «Personne assurée». Si la «Convention» est dissoute par suite de résiliation, l'obligation de la «Fondation» ou d'«Helvetia» de fournir les prestations assurées s'éteint également pour tout dommage déjà occasionné dont la survenance ou l'étendue a été influencée par le risque notable non ou incorrectement déclaré. Dans la mesure où la «Fondation» ou «Helvetia» s'est déjà acquittée de son obligation de servir la prestation assurée, elle peut faire valoir son droit au remboursement.

4. Début de la protection d'assurance

Si toutes les conditions d'admission sont remplies, le 1^{er} jour du mois qui suit la date de signature de la «Convention» est considéré comme date de début de l'assurance.

La «Personne assurée» est en droit de révoquer sans frais la couverture d'assurance dans un délai de 14 jours suivant la signature de la «Convention».

5. Jour de référence du contrat

Le 1^{er} janvier d'une année est considéré comme le jour de référence. Les ajustements des montants de prestation, des prestations et des primes ont lieu au jour de référence.

6. Durée du contrat

La couverture des objectifs d'épargne est valable pour une année civile. Sauf résiliation (cf. art. 15), la durée est prolongée tacitement pour une année supplémentaire.

7. Age limite

La couverture d'assurance prend fin lorsque la «Personne assurée» atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS.

8. Modification de la prime de risque

Dans la mesure où les conditions servant de base au calcul de la prime de risque ont subi des changements notables, la «Fondation» est en droit de modifier le taux de prime convenu conformément à l'«Aperçu des conditions – Prévoyance». Le nouveau taux de prime est communiqué à la «Personne assurée» au plus tard trois mois avant le prochain jour de référence. Il s'applique dès l'année d'assurance suivante. La «Personne assurée» est alors en droit de résilier sans délai les prestations assurées jusqu'à la fin de l'année en cours. Si la «Personne assurée» renonce à ce droit, l'ajustement de la prime est réputé accepté.

9. Echéance / extinction de la couverture d'assurance

Les primes de risque sont exigibles annuellement par avance au 1^{er} janvier et sont directement portées au débit à cette date du compte de prélèvement des primes déclaré. Pendant la première année d'assurance, une prime de risque est due au prorata (proportionnellement), depuis le début de l'assurance jusqu'au 31 décembre. Elle est exigible au 1^{er} janvier de l'année suivante et directement portée au débit du compte de prélèvement des primes à cette date.

Si le montant dû ne peut être porté au débit du compte de prélèvement des primes dans un délai de 4 semaines après l'échéance, la couverture d'assurance s'éteint au terme de ce délai.

Prestations assurées

10. Définition et montant des prestations

La couverture soit minimale soit maximale est convenue.

Pendant la première année d'assurance, le montant de la somme des prestations assurées correspond à la couverture minimale ou maximale déclarée, indépendamment des avoirs versées sur les comptes de prévoyance.

Dès l'année suivante, les dépôts d'épargne portés au crédit des comptes de prévoyance pendant l'année précédente servent de base pour calculer la somme des prestations assurées. Si le montant des dépôts d'épargne versés sur les comptes de prévoyance est inférieur à la somme des prestations assurées convenue, cette dernière est alors réputée somme des prestations assurées. Il en est de même si aucun versement n'a été effectué pendant l'année civile. Si un montant supérieur à

celui convenu a été porté au crédit pour la couverture minimale, le montant total versé est alors réputé somme des prestations assurées.

La somme des prestations maximales assurables par «Personne assurée» correspond au montant maximal annuel de la prévoyance liée 3a applicable aux personnes assurées LPP. En cas d'adaptations édictées par le législateur, la somme des prestations assurées est automatiquement ajustée au nouveau montant maximal possible (couverture maximale) dans la mesure où la couverture maximale a bien été convenue à la conclusion du contrat.

Une augmentation de la somme des prestations assurées est exclue pour les cas d'incapacité de gain ou de travail en suspens ainsi que pour les «Personnes assurées» présentant une capacité de gain partielle. La somme des prestations assurables dans les cas susmentionnés est limitée à la somme des prestations assurées au moment de la survenance de l'incapacité de travail. Après la survenance de l'incapacité de gain (partielle), toute reconduction de l'assurance est exclue.

11. Droit aux prestations

Si la «Personne assurée» est frappée d'une incapacité de gain d'au moins 40% suite à une maladie ou à un accident pendant plus de 12 mois consécutifs (ci-après le «Délai d'attente») et qu'une décision exécutoire de l'AI a été rendue à ce sujet, il naît un droit à la prestation assurée. La prestation assurée est fournie rétroactivement à la date de l'incapacité de travail ayant entraîné l'invalidité, toutefois sans droit aux intérêts moratoires.

Les primes de risque sont dues jusqu'au 31 décembre après le début de l'incapacité de gain ininterrompue.

Il y a incapacité de gain lorsque la «Personne assurée» est invalide au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI). Il faut déclarer les cas d'invalidité à la «Banque» dès la survenance de l'événement.

L'étendue du droit est déterminée en fonction du degré d'invalidité constaté dans la décision de l'AI. Il existe un droit:

- à la somme intégrale des prestations assurées (invalide à 70% au minimum);
- aux trois quarts de la somme des prestations assurées (invalide à 60% au minimum);
- à la moitié de la somme des prestations assurées (invalide à 50% au minimum);
- à un quart de la somme des prestations assurées (invalide à 40% au minimum).

Le droit à la prestation assurée prend fin au décès de la «Personne assurée», lors d'une diminution du degré d'incapacité de gain au-dessous de 40% ou une fois l'âge terme atteint.

Toute augmentation des prestations d'assurance après la survenance d'une invalidité partielle est exclue.

Toute nouvelle survenue d'une incapacité de travail ou de gain due à une même cause (rechute) est réputée nouvel événement assorti d'un nouveau «Délai d'attente» dans la mesure où la «Personne assurée» était, avant la rechute, en parfaite capacité de travail ou de gain pendant plus d'une année sans interruption. En cas de rechutes survenant pendant la durée de douze mois et qui ne génèrent aucun nouveau «Délai d'attente», les ajustements des prestations assurées effectués entre-temps sont annulés.

12. Exclusion des prestations

Aucun droit aux prestations assurées n'est accordé dans la mesure où:

- l'incapacité de gain est due à une maladie / un événement préexistant à la conclusion de la «Convention» ou qui était déjà survenu/e à la date de sa signature.
- l'incapacité de gain de la «Personne assurée» résulte d'une faute grave, d'un crime ou d'un délit;
- l'incapacité de gain est due à la participation de la «Personne assurée» à des troubles civils ou à des opérations de guerre;
- ou si la «Personne assurée» s'oppose à une mesure de réintégration ordonnée par l'AI.

13. Versement des prestations assurées

Les prestations assurées dues sont exigibles au jour de référence contractuel et versées exclusivement sur un compte domicilié auprès de la Banque Raiffeisen au bénéfice de la «Personne assurée».

Les prestations assurées sont réputées assurance de somme.

00000/
AN00000000000000000000000000000000

Dispositions particulières

14. Radiation de l'assurance

Une «Personne assurée» est radiée du «Contrat collectif» dans la mesure où:

- la «Convention» conclue entre la «Fondation» et la «Personne assurée» est dissoute ou résiliée; ou si
- la «Personne assurée» atteint l'âge terme ou si elle décède.

Après la survenance de l'invalidité partielle, toute reconduction de l'assurance est exclue.

Le droit à la prestation assurée s'éteint à la date de la radiation de la «Personne assurée» du «Contrat collectif». Il n'y a ni couverture supplémentaire ni droit à un remboursement de la prime de risque. Toute reconduction de l'assurance est exclue.

15. Résiliation

La «Convention» peut être résiliée par écrit par les deux parties contractantes («Personne assurée» et «Fondation») au plus tôt pour la fin de la première année d'assurance. En cas de résiliation, la couverture des objectifs d'épargne s'éteint pour la fin de l'année civile en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'autre partie contractante trois mois avant son expiration, soit au plus tard le 30 septembre de l'année civile en cours. La résiliation à l'initiative de la «Fondation» ou d'«Helvetia» conformément à l'art. 3 demeure réservée.

16. Prescription

Il y a prescription des droits aux prestations d'assurance cinq ans après la survenance de l'événement assuré.

17. Droit applicable, for compétent et lieu d'exécution

Les «CGA» et les rapports contractuels entre la «Personne assurée» et la «Fondation» ou «Helvetia» sont régis par le droit suisse. Le for compétent est le lieu d'exécution. Le lieu d'exécution est le siège de la «Fondation». La «Fondation» peut également fournir ses prestations au siège de la «Banque». S'agissant des «Personnes assurées» domiciliées à l'étranger, le lieu d'exécution est aussi le for de la poursuite.

18. Modification des «CGA»

La «Fondation» est en droit de modifier à tout instant les «CGA» de façon unilatérale. Les modifications sont portées à la connaissance de la «Personne assurée» de manière appropriée (affichage dans la «Banque», par écrit ou par voie électronique) et sont réputées approuvées s'il n'y est pas fait opposition dans un délai de 30 jours.

19. Entrée en vigueur

Les «CGA» entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2023 et se substituent à la version du 1^{er} janvier 2018.

Version 1^{er} janvier 2023

00000

AN00000000000000000000000000000000