

Déclaration d'adhésion à la couverture d'assurance facultative en cas d'incapacité totale de travail, de séjour hospitalier et de chômage/maladie grave

concernant les contrats de carte de crédit avec Cembra Money Bank SA

Tarif : PaymentProtect
Prime mensuelle : 0,65% du solde négatif de la carte de crédit à la fin de la période de facturation qui précède le paiement de la prime (y compris timbre)
Début de l'assurance : Au plus tôt selon la confirmation d'assurance.

1. Oui, je demande l'adhésion au contrat d'assurance collective. Le preneur d'assurance et débiteur de la prime, donc le cocontractant de l'assureur (AXA Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, ci-après « l'assureur » ou « AXA »), est Cembra Money Bank SA (« la banque »), qui répercute la prime mensuelle sur moi. La couverture d'assurance est accordée pour assurer mes devoirs de paiement envers la banque en cas d'incapacité complète de travail ou de séjour hospitalier (pour tous les corps de métier), de chômage (pour les assurés dans un rapport de travail salarié) ou alternativement de maladie grave (pour les assurés indépendants). Le bénéficiaire des prestations en cas de sinistre est la banque. **À cette fin, je transfère par la présente mon droit aux prestations d'assurance sous le contrat d'assurance collective à la banque.** La prestation d'assurance sera créditée à mon numéro de compte auprès de la banque; le solde négatif assuré de mon compte (comme décrit dans les Conditions générales d'assurance (CGA)) sera payé à la banque à concurrence des prestations de l'assureur.
2. Je confirme la réception de l'information à la clientèle de l'assureur ainsi que les CG. J'en ai pris connaissance et me déclare d'accord avec le contenu. Les CGA, avec la déclaration d'adhésion et la confirmation d'assurance, définissent l'étendue de mon assurance.
3. Je suis en particulier conscient que la protection d'assurance en cas d'incapacité totale de travail ou de maladie grave ne s'étend pas aux prétentions qui peuvent être attribuées à une incapacité de travail déjà existante ou à des maux existants (en particulier des maladies ou accidents), qui me sont déjà connus ou aurait dû m'être connus aujourd'hui. Je suis également conscient que la couverture d'assurance n'existe qu'après la fin des délais énumérés dans les CGA.
4. Je déclare que je suis âgé d'au moins 18 ans et de moins que 65 ans, ai une occupation fixe et rémunérée en Suisse sur la base d'un contrat de travail à durée indéterminée et suis employé au moins 18 heures par semaine auprès du même employeur ou exerce une activité indépendante à long terme. Je suis domicilié en Suisse.
5. **À des fins de vérification de l'obligation de prestation (y compris la vérification des conditions d'acceptation), je libère par la présente de leur secret professionnel les médecins, le personnel soignant, les collaborateurs ou les mandataires d'hôpitaux, d'autres établissements médicaux, d'établissements de soins, d'assureurs de personnes, de caisses-maladie ainsi que des associations professionnelles et des autorités, nommés dans les documents soumis dans un cas de prestation ou qui ont participé au traitement médical.**
6. Je consentis à ce que la banque et AXA obtiennent, traitent, transmettent et sauvegardent des données qui résultent des documents d'assurance et de la réalisation du contrat, pour la détermination des primes, l'évaluation du risque, l'administration du contrat et pour le traitement de sinistres. AXA peut se servir à cette fin des entreprises de son groupe ou succursales dans d'autres pays de l'espace économique européen et la Suisse. Mes données peuvent être transférées pour le traitement de l'assurance à AXA, son siège principal ainsi que les entreprises du groupe dans les pays de l'espace économique européen et la Suisse. Je consentis également à ce que mes données, y compris la correspondance y afférente, puissent être transmises en cas de sinistre à la banque comme preneur d'assurance et ayant-droit.
7. J'ai été informé que je peux mettre fin à la couverture d'assurance par une communication écrite ou sous une autre forme écrite à Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurich, dans les 30 jours depuis le début de l'assurance. Dans ce cas, la couverture d'assurance est dissoute sans frais et les primes déjà payées à la banque seront entièrement remboursées. Après l'écoulement du délai susmentionné de 30 jours, la résiliation de la couverture d'assurance est possible par annonce à la banque en respectant un délai de 30 jours pour la fin d'un mois.
8. Je suis conscient que cette déclaration d'adhésion représente une simple demande qui ne lie l'assureur que si la banque me remet une attestation d'assurance correspondante.
9. Je confirme enfin être prêt à payer les primes mensuelles.