

Conditions générales d'assurance

pour l'assurance perte de gain en cas de maladie (Edition 2015)

GENERALI Assurances Générales SA, 1260 Nyon

Table des matières

Objet et étendue de l'assurance	Page
1. Objet de l'assurance	2
2. Notions	2
3. Validité territoriale	2
4. Personnes assurées	2
Prestations	Page
5. Indemnités journalières en cas d'incapacité de travail	3
6. Allocation de maternité	3
7. Salaire assuré	4
8. Prestations de tiers	4
9. Restriction dans l'étendue de la couverture	4
10. Cas d'assurance	5
Autres dispositions	Page
11. Début de la couverture d'assurance pour chaque assuré	6
12. Fin de la couverture d'assurance pour chaque assuré	6
13. Début et fin du contrat	6
14. Primes et calcul de la prime	6
15. Décompte de primes	6
16. Adaptation des primes	7
17. Participation aux excédents des primes	7
18. Assurance du salaire en cas de décès	7
19. Continuation de la couverture d'assurance par les travailleurs sur une base individuelle	7
20. Changement du genre d'entreprise ou d'activité ; reprise par une autre entreprise	7
21. Conclusion d'autres assurances pour le même risque	7
22. Information aux personnes assurées	7
23. Communications et lieu d'annonce	8
24. Bases contractuelles	8
25. For	8

GENERALI Assurances

Avenue Perdttemps 23
1260 Nyon 1

Tél. +41 (0)58 471 01 01

Fax +41 (0)58 471 01 02

E-mail: nonlife.ch@generali.com

Internet: www.generali.ch

Objet et étendue de l'assurance

1. Objet de l'assurance

Generali accorde la couverture d'assurance contre les pertes économiques de la maladie et, pour autant qu'il en soit convenu spécialement, d'accouchements et/ou d'accidents.

2. Notions

2.1. 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 (LPGA art. 3).

2.2 Accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort (LPGA art. 4).

Sont considérés comme accident les lésions corporelles assimilées à un accident ainsi que les maladies professionnelles au sens de la LAA.

2.3. Maternité

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement, ainsi que la convalescence qui suit ce dernier (LPGA art. 5).

2.4. Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, 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 de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (LPGA art. 6).

Les difficultés de placement dans une autre profession ou une autre activité raisonnablement exigible qui découlent de facteurs étrangers à l'atteinte à la santé assurée (état du marché du travail, chômage, etc.) ne sont pas prises en compte dans l'évaluation du degré de l'incapacité de travail.

2.5. Rechute et nouveau cas d'assurance

Les maladies ou suites d'accidents rattachés médicalement à un cas antérieur ayant déjà fait l'objet de prestations sont considérées comme des rechutes. Pour autant que les prestations n'aient pas été épuisées, la rechute ne sera considérée comme un nouveau cas d'assurance que si elle intervient après un délai de 12 mois sans incapacité de travail, totale ou partielle, attribuable à une telle affection.

N'est pas considéré comme un nouvel événement, un cas d'assurance qui survient pendant la durée d'une incapacité de travail, totale ou partielle.

2.6. Médecin

Toute personne titulaire d'un diplôme fédéral de professions médicales ou au bénéfice d'un certificat étranger jugé équivalent et qui est autorisé à exercer sa profession.

3. Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que la personne assurée perçoive un salaire du preneur d'assurance. Lors de voyages ou de séjours en dehors de la Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein, l'assurance n'est valable que pendant 24 mois à compter du jour où l'assuré a franchi la frontière. A l'expiration de cette période, l'assurance prend fin pour l'assuré concerné.

4. Personnes assurées

Les personnes assurées sont mentionnées dans la police.
Peuvent être assurés :

4.1. Travailleurs du preneur d'assurance

Sont considérés travailleurs au sens de la présente assurance, toutes les personnes soumises à l'assurance obligatoire contre les accidents, selon la LAA ainsi que les employés au bénéfice d'un contrat de travail, exemptés de l'assujettissement à l'AVS en application de dispositions internationales juridiquement contraignantes pour la Suisse.
Sauf convention contraire, l'assu-

rance s'étend à tous les travailleurs (y compris les apprentis et les travailleurs à temps partiel) qui travaillent dans l'entreprise assurée, avec un permis de travail valable.

4.2. Travailleurs détachés

Sont considérés comme travailleurs détachés les travailleurs qui, immédiatement avant d'être envoyés à l'étranger, étaient assurés obligatoirement en Suisse au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) et continuent à avoir un rapport de travail avec un employeur dont le siège est en Suisse et qui peuvent prétendre à un salaire de sa part. Le rapport d'assurance est maintenu pour une durée de deux ans. En dérogation à l'article 3, l'assureur peut, sur demande, porter cette durée à six ans au total.

4.3. Employeurs

Sont considérés comme employeurs au sens de la présente assurance toutes les personnes qui travaillent dans l'entreprise assurée sans être soumises à l'assurance-accident obligatoire selon la LAA (le propriétaire de l'entreprise, les indépendants, les associés ainsi que les membres de la famille de l'employeur non soumis à la LAA).
L'assurance s'étend aux personnes désignées nominativement dans la police, qui ont été admises sur la base d'une annonce d'assurance.

Prestations

Sont assurées les prestations indiquées dans le contrat d'assurance.

5. Indemnités journalières en cas d'incapacité de travail

5.1. Droit aux prestations

L'indemnité journalière est payée pour chaque jour d'incapacité de travail de 25% au moins, dûment constatée par un médecin. Elle se calcule selon le degré d'incapacité de travail. Le droit aux prestations subsiste aussi longtemps que la personne assurée se trouve sous traitement médical régulier et sous contrôle médical. Si l'assuré refuse d'exercer une activité lucrative pouvant être exigée de lui, Generali peut refuser le versement des prestations.

5.2. Délai d'attente

L'obligation de verser des prestations commence à l'expiration du délai d'attente. Le délai d'attente court dès le jour où l'incapacité de travail de 25% au moins a été constatée par un médecin, mais au plus tôt 3 jours avant le premier traitement médical. Les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25% comptent comme jours entiers dans le calcul du délai d'attente.

5.3. Durée du droit aux prestations

La durée des prestations, le mode de calcul et l'imputation du délai d'attente sur la durée des prestations figurent dans la police.

a) Durée des prestations par cas d'assurance

- Le droit à l'indemnité journalière prend fin lorsque le nombre d'indemnités journalières convenu par cas d'assurance a été versé.
- Si, pendant la durée d'un cas d'assurance, il se produit un cas supplémentaire, les jours donnant droit aux prestations du premier cas seront imputés sur la durée des prestations.
- Si, après épuisement de la durée des prestations, une nouvelle maladie se déclare, la couverture d'assurance est accordée pour ce cas à la seule condition que l'assuré ait auparavant exercé

en plein sa capacité de travail résiduelle (min. 25%) pendant au minimum 12 mois.

- La réapparition ou l'aggravation de la maladie ayant entraîné l'épuisement des prestations n'est pas assurée.

b) Durée des prestations dans une période de 900 jours

Dans une période de 900 jours calendriers consécutifs, l'indemnité journalière est payée au maximum pendant 730 jours pour l'ensemble des cas d'assurance. Lorsque la durée maximale est atteinte, la couverture d'assurance prend fin définitivement pour l'assuré concerné. La période rétrospective de 900 jours consécutifs est calculée à partir du dernier jour indemnisé.

c) Calcul de la durée des prestations

Pour le calcul de la durée des prestations, les jours donnant droit à des prestations réduites suite à une incapacité de travail partielle ou suite à des prestations de tiers (art. 8) comptent comme jours entiers.

d) Contrat de travail à durée déterminée et période d'essai

Pour les personnes au bénéfice d'un contrat de travail à durée déterminée et pour les personnes dont le contrat de travail est résilié durant ou à la fin de la période d'essai, tout droit aux prestations cesse à la fin des rapports de travail.

5.4. Dispositions complémentaires concernant la durée des prestations de l'indemnité journalière

a) Après chaque naissance, l'obligation de verser des indemnités est suspendue dès que l'assurée a droit à des prestations découlant de l'assurance-maternité obligatoire, suisse ou étrangère, et/ou toute autre assurance complémentaire. Cette cessation vaut pendant toute la durée des prestations légales et/ou contractuelles. Dans l'hypothèse où l'assurée n'a droit à aucune prestation d'une assurance-maternité, l'obligation de verser des indemnités cesse pendant huit semaines à compter de l'accouchement.

b) Aucune prestation n'est versée pendant la durée d'un congé non payé au sens de l'art. 11.3. Les indemnités journalières sont accordées au plus tôt à partir du jour qui avait été prévu pour la reprise de l'activité professionnelle.

c) Une personne assurée malade ayant droit à des prestations qui quitte la Suisse sans l'autorisation préalable de Generali perd son droit à des prestations pendant la durée de son séjour à l'étranger. L'assurance reprend ses effets dès son retour en Suisse. Les jours passés à l'étranger seront pris en compte dans la durée des prestations.

La Principauté du Liechtenstein et, pour les frontaliers, le lieu de domicile, sont assimilés à la Suisse.

d) Pour les personnes en âge AVS, toutes les prestations prennent fin le dernier jour du mois au cours duquel l'âge de la retraite AVS est atteint, à moins que la personne assurée ne prouve que les rapports de travail auraient perduré au-delà de cette échéance si elle n'avait pas été empêchée de travailler.

Pour les personnes ayant dépassé l'âge de la retraite AVS, les indemnités journalières sont versées au maximum durant 180 jours, tout cas d'assurance en cours et futurs confondus. Dans tous les cas les prestations cessent au terme de l'activité lucrative régulière, mais au plus tard à l'âge de 70 ans révolus.

e) Toutes les prestations pour les cas en cours prennent fin à la date prévue de prise de retraite anticipée.

6. Allocation de maternité

Lorsqu'une allocation de maternité a été convenue, elle est versée en complément à l'allocation maternité obligatoire.

Les indemnités journalières sont versées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance allant au-delà des prestations maternité obligatoires, souscrite par son employeur, depuis au moins 9 mois sans interruption.

7. Salaire assuré

7.1. La police mentionne si les prestations sont calculées sur la base du salaire AVS ou sur la base d'un salaire fixe déterminé à l'avance.

7.2. Pour les travailleurs (art. 4.1. et 4.2.), le salaire selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) est déterminant, au maximum cependant jusqu'à concurrence de CHF 300'000.-- par personne et par année.

Les dérogations suivantes sont prévues :

a) sont également considérés comme base de calcul les salaires pour lesquels aucune cotisation AVS n'est perçue, en raison de l'âge de la personne assurée ;

b) sont également considérés comme base de calcul les salaires réalisés en Suisse par une personne domiciliée à l'étranger, pour lesquels aucune cotisation AVS n'est perçue en application de dispositions internationales juridiquement contraignantes pour la Suisse ;

c) il ne sera pas tenu compte des indemnités versées à la fin des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprises ou en des circonstances analogues ;

d) l'indemnité journalière et l'allocation de maternité sont calculées, pour toute la durée du cas d'assurance, sur la base du dernier salaire AVS que l'assuré a reçu avant la survenance du cas d'assurance, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. Ce montant est converti en salaire annuel et ensuite divisé par 365.

En cas de rechute, survenant plus de 6 mois après une modification du salaire assuré, l'indemnité journalière sera calculée sur la base du nouveau salaire.

Si l'assuré n'exerce pas une activité lucrative régulière, Generali tiendra compte d'un salaire journalier moyen réalisé pendant les 3 derniers mois.

Pour les travailleurs touchant un salaire soumis à forte variation (commissions, part variable du salaire

dépendant du chiffre d'affaires ou de la réalisation d'objectifs personnels, etc.), Generali se basera sur le salaire perçu les douze derniers mois précédant le début de l'incapacité de travail.

e) la personne assurée doit fournir la preuve qu'elle subit une perte de gain en relation avec son incapacité de travail. Le droit aux prestations n'existe que dans le cadre de la perte de gain attestée.

7.3. Pour les personnes avec un salaire fixe déterminé à l'avance

a) L'indemnité journalière est calculée sur cette base, en divisant par 365 le montant annuel indiqué dans le police.

b) En cas de survenance d'un cas soumis à indemnisation, Generali accorde les prestations assurées, indépendamment de l'existence d'un dommage.

c) En dérogation à l'art. 8, les prestations assurées sont accordées indépendamment du fait que des tiers fournissent des prestations.

8. Prestations de tiers

Si l'assuré a également droit à des prestations d'assurances (suisses ou étrangères) ou d'un tiers responsable, Generali complète ces prestations dans le cadre de ses propres obligations, jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. Si l'assuré refuse d'annoncer son cas à une assurance sociale malgré les injonctions de Generali, les prestations peuvent être réduites ou suspendues.

Aussi longtemps que le droit à une rente découlant d'une assurance n'est pas établi, Generali verse l'indemnité assurée sous forme d'avances. Ces avances sont payées à la condition que l'assuré autorise Generali par écrit à procéder à une compensation directe avec les prestations des institutions susmentionnées.

A défaut d'autorisation, le paiement d'une indemnité journalière peut être différé jusqu'à l'émission d'une décision de l'assurance-invalidité (suisse ou étrangère).

9. Restriction dans l'étendue de la couverture

Sont exclus de la couverture d'assurance :

9.1. Les suites d'événements de guerre ou de troubles intérieurs :

a) en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein ;

b) à l'étranger, à moins que le cas d'assurance ne survienne dans les 30 jours depuis le début des hostilités ou des troubles intérieurs du pays dans lequel la personne assurée séjourne et qu'elle y ait été surprise par les événements.

9.2. Les accidents lors de troubles intérieurs (actes de violence contre des personnes ou contre des choses à l'occasion d'attroupements, de bagarres ou d'émeutes) et de mesures prises pour y remédier, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés.

9.3. Les atteintes à la santé provoquées par des radiations quelconques, en particulier celles provenant de l'énergie atomique. Les atteintes à la santé résultant de traitements aux rayons ordonnés par le médecin pour des événements assurés sont toutefois couvertes.

9.4. Les conséquences de l'évacuation de substances de combat bactériologiques ou chimiques.

9.5. Les conséquences de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein.

9.6. Les prestations résultant de traitements et opérations cosmétiques ou médicalement non nécessaires, ainsi que leurs séquelles. Les critères de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) sont déterminants.

9.7. Les suites d'accidents préexistants.

9.8. Les prestations pour lesquelles une réserve a été notifiée.

9.9. Les rechutes survenant après la fin de la couverture d'assurance au sens de l'art. 12.

Peuvent entraîner une réduction des prestations :

9.10. Les accidents survenus lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou avec des bateaux à moteurs ainsi que lors des entraînements effectués sur le trajet de la course.

9.11. Les accidents lors de l'utilisation d'aéronefs et de véhicules à moteur si les accidents résultent d'une infraction intentionnelle aux dispositions légales ainsi que ceux qui surviennent alors que la personne assurée n'est pas en possession des licences et autorisations requises par les autorités.

9.12. Les accidents résultant de crimes ou de délits commis par la personne assurée.

9.13. Generali renonce à exercer son droit de réduire les prestations en cas de faute grave.

10. Cas d'assurance

10.1. Procédure et obligation pour l'obtention des prestations

a) pour tout cas d'assurance qui donnera vraisemblablement droit à des prestations d'assurances, l'assuré est tenu de faire appel à un médecin afin qu'il prodigue les soins qui s'imposent. La personne assurée se conformera strictement aux prescriptions du médecin.

b) l'incapacité de travail doit être annoncée à Generali dans un délai de 14 jours au plus tard après l'expiration du délai d'attente. A tout moment, Generali peut aussi exiger des certificats ou une expertise d'un médecin spécialiste.

Le médecin traitant peut attester des incapacités de travail au maximum un mois à l'avance.

Pour l'allocation de maternité, un certificat de naissance ou une copie du décompte de l'allocation maternité de la LAPG devra être envoyé.

10.2. Obligation de renseigner

Le preneur d'assurance et la personne assurée s'engagent à fournir à Generali tout renseignement se rapportant au cas d'assurance conforme à la vérité. Generali est en droit de

demander aux médecins qui traitent ou qui ont traité l'assuré des renseignements sur son état de santé, à condition que ces indications servent à déterminer l'étendue du droit aux prestations. Generali pourra, en particulier, exiger des certificats médicaux et autres documents et ordonner des examens effectués par des médecins qu'elle désignera. A cet effet, l'assuré délie les médecins du secret professionnel. Generali s'engage à traiter de manière confidentielle tous les renseignements qui lui seront fournis ainsi que tous les résultats d'examens dont elle aura eu connaissance.

10.3. Violation des obligations

Si la personne assurée ou le preneur d'assurance contrevient de manière fautive aux devoirs d'annonce, de renseigner ou de comportements qui lui incombent, Generali peut réduire ou refuser les prestations ou se départir du contrat.

Autres dispositions

11. Début de la couverture d'assurance pour chaque assuré

11.1. Pour les travailleurs, la couverture d'assurance commence au premier jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail conclu avec l'entreprise assurée, mais au plus tôt à la date d'entrée en vigueur du contrat indiquée sur la police.

Les personnes partiellement incapables de travailler ne sont assurées qu'à dater du jour où elles commencent à travailler selon le taux d'activité convenu contractuellement au sein de l'entreprise assurée.

Est partiellement incapable de travailler, la personne qui :

- a) doit réduire partiellement ou totalement son temps de travail pour des raisons de santé ;
- b) reçoit des indemnités perte de gain en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

11.2. Pour les employeurs et les autres personnes indiquées nominativement avec annonce préalable, la couverture d'assurance définitive commence à la date d'effet mentionnée dans la police.

11.3. La couverture d'assurance reste en vigueur pendant la durée d'un congé non payé jusqu'à 6 mois sans dissolution du rapport de travail. Pour plus de détails concernant les prestations, voir art. 5.4. b).

12. Fin de la couverture d'assurance pour chaque assuré

Pour chaque personne assurée, la couverture d'assurance cesse :

- 12.1.** A l'extinction du contrat d'assurance ;
- 12.2.** 30 jours après sa sortie du cercle des personnes couverts par l'assurance (31 jours pour les mois comptant 31 jours, pour autant que le contrat de travail soit résilié à la fin d'un mois calendaire).

Si l'assuré entre au service d'une autre entreprise avant la fin de ce dé-

lai, la couverture d'assurance cesse à dater de l'entrée chez le nouvel employeur.

12.3. La couverture d'assurance cesse au terme de l'activité lucrative régulière, mais au plus tard à l'âge de 70 ans révolus. Pour plus de détails concernant les prestations, voir art. 5.4. d).

12.4. A l'expiration de la durée convenue des prestations.

13. Début et fin du contrat

13.1. Le début et la fin du contrat sont mentionnés dans la police. Si le contrat d'assurance n'est pas dénoncé trois mois au moins avant son expiration, il se prolonge tacitement d'année en année. La résiliation est valable si elle parvient au preneur d'assurance ou à Generali le dernier jour précédent le début du délai de trois mois.

13.2. Après la survenance d'un événement assuré donnant droit à prestations, Generali et le preneur d'assurance peuvent résilier le contrat d'assurance. La résiliation de Generali doit avoir lieu au plus tard lors du paiement de l'indemnité, et celle du preneur d'assurance au plus tard 14 jours après avoir eu connaissance du paiement. En cas de résiliation par Generali ou le preneur d'assurance, la couverture d'assurance prend fin 14 jours après la notification de résiliation à l'autre partie.

13.3. Le contrat d'assurance prend fin automatiquement avec la cessation d'activité définitive de l'entreprise. Generali doit être informée de la fermeture de l'entreprise ou de la mise en faillite de celle-ci dans les 30 jours.

14. Primes et calcul de la prime

14.1. Les primes sont, pour chaque période d'assurance, payables à l'avance à l'échéance fixée dans le contrat.

14.2. Sous réserve de dispositions contractuelles divergentes, le revenu soumis à l'AVS perçu dans l'entreprise assurée, mais au maximum CHF 300'000.-- par personne et par

année, est déterminant pour le calcul de la prime.

Les salaires et parts de salaire pour lesquels aucune cotisation AVS n'est prélevée suite à l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la Communauté Européenne, à des conventions internationales de coordination en matière de sécurité sociale conclues entre la Suisse et d'autres Etats, ou en raison de l'âge de la personne assurée, sont également considérés comme revenus.

15. Décompte de prime

15.1. Si le calcul de la prime repose sur les salaires AVS (art. 14.2.), le preneur d'assurance devra s'acquitter au début de chaque année d'assurance de la prime provisoire qui lui aura été facturée.

La prime définitive sera calculée, à la fin de l'année, sur la base du salaire annuel assuré au sens de l'art. 14.2. Pour ce calcul, Generali remettra au preneur d'assurance le formulaire adéquat que celui-ci devra renvoyer dûment rempli.

Si ce formulaire n'est pas parvenu à Generali dans le délai imparti par celui-ci, la prime définitive sera fixée sur la base d'une estimation.

15.2. Les suppléments ou ristournes de primes résultant du décompte définitif sont exigibles dès sa remise au preneur d'assurance. Les différences de moins de CHF 20.-- ne sont pas prises en considération.

15.3. Generali peut en tout temps contrôler les indications fournies par le preneur d'assurance, vérifier l'exactitude de ses estimations et consulter les livres et les autres documents de ce dernier ou s'adresser directement à des tiers (notamment les Caisses de compensation AVS) pour obtenir les renseignements nécessaires. Si le preneur d'assurance s'y oppose ou fournit des renseignements délibérément inexacts, Generali cesse alors d'être lié par ce contrat d'assurance.

15.4. Generali peut adapter en tout temps la prime provisoire en fonction de la prime définitive.

16. Adaptation des primes

Generali peut adapter annuellement les taux de primes. Le cas échéant, elle doit communiquer les nouvelles conditions du contrat au plus tard 30 jours avant la fin de l'année d'assurance. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier le contrat d'assurance pour la fin de l'année d'assurance en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Generali au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance en cours. Faute de résiliation, le preneur d'assurance est censé avoir accepté l'adaptation du contrat d'assurance.

17. Participation aux excédents des primes

17.1. Si une participation aux excédents des primes a été convenue, le preneur d'assurance a droit à une part de l'éventuel excédent réalisé par son contrat d'assurance. Le décompte interviendra à l'expiration de la période convenue.

17.2. L'excédent est déterminé en déduisant de la part des primes prise en compte et mentionnée dans la police le montant des prestations versées, pour les cas d'assurance intervenus au cours de la période de décompte et ceux repris de l'assureur précédent. Le preneur d'assurance participe à un éventuel excédent à raison du pourcentage fixé dans la police.

17.3. Le décompte est établi dès l'instant où les primes de la période de décompte ont été encaissées et que les cas d'assurance afférents sont liquidés. Une perte éventuelle n'est pas reportée sur la période de décompte suivante.

17.4. Le droit à participer aux excédents s'éteint lorsque le contrat d'assurance est dissous avant la fin de la période de décompte.

18. Assurance du salaire en cas de décès

Si l'assuré décède des suites d'une maladie assurée, Generali prend en charge le salaire dû aux survivants par le preneur d'assurance au sens de l'art. 338 alinéa 2 du Code des obligations (CO) dans la limite de la durée des prestations selon l'art. 5 ch. 3. Cette prestation est versée au

preneur d'assurance. Cependant, elle n'est pas due lorsque l'assuré avait atteint l'âge AVS au moment du décès.

19. Continuation de la couverture d'assurance par les travailleurs sur une base individuelle

19.1. Les personnes ont le droit de poursuivre leur couverture d'assurance en qualité de membre individuel si elles quittent le cercle des assurés et si elles sont considérées comme chômeurs au sens de l'article 10 de la loi sur l'assurance-chômage (LACI).

19.2. L'assuré doit faire valoir son droit au libre passage dans un délai de 90 jours dès sa sortie de l'entreprise assurée, faute de quoi son droit s'éteint.

19.3. Aucun droit de continuation de la couverture d'assurance sur une base individuelle n'existe :

- pour les employeurs;
- en cas de changement d'employeur et de passage dans l'assurance de celui-ci;
- pour les personnes qui sont domiciliées à l'étranger, sauf si elles restent soumises à la législation suisse en matière d'assurances sociales conformément à des accords internationaux ;
- pour les personnes qui cessent définitivement toute activité professionnelle;
- lorsque le contrat d'assurance collective est résilié par le preneur d'assurance;
- pour les travailleurs qui acquièrent le statut d'indépendant;
- pour les personnes qui ont atteint l'âge de la retraite AVS, ou en cas de retraite anticipée;
- si les prestations au titre du contrat collectif ont été épuisées.

19.4. Si la personne assurée est dans l'incapacité de travailler au moment de quitter l'entreprise assurée, l'ensemble des prestations d'assurance sont mises à la charge de l'assurance collective. Les rechutes survenant

après la fin de la couverture d'assurance au sens de l'art. 12 sont mises à la charge de l'assurance sur une base individuelle.

19.5. Le preneur d'assurance est tenu, le dernier jour de travail au plus tard, d'informer par écrit le travailleur qui quitte l'entreprise de son droit au libre passage et du délai dont il dispose.

20. Changement du genre d'entreprise ou d'activité ; reprise par une autre entreprise

Lorsque le genre d'entreprise, la profession ou le domicile de l'entreprise change, le preneur d'assurance est tenu d'annoncer le changement intervenu dans les 14 jours à Generali afin qu'elle soit en mesure d'adapter l'assurance aux nouvelles circonstances. Generali se réserve le droit de refuser la continuation de l'assurance. A défaut d'avis, Generali n'est plus liée à l'avenir par le contrat.

21. Conclusion d'autres assurances pour le même risque

Si, pendant la durée contractuelle, le preneur d'assurance conclut d'autres assurances couvrant le même risque (perte de gain), il doit en informer Generali dans les 14 jours.

A défaut d'avis, Generali n'est plus liée à l'avenir par le contrat.

22. Information aux personnes assurées

Le preneur d'assurance doit informer les personnes assurées de leurs droits et obligations découlant de l'assurance, en particulier des possibilités de continuer l'assurance après avoir quitté le cercle des personnes assurées ou l'extinction du contrat d'assurance.

23. Communications et lieu d'annonce

Toutes les annonces et communications du preneur d'assurance ou des personnes assurées doivent être adressées soit à la Direction de Generali soit à l'agence indiquée dans la police ou qui, de toute manière, a été désignée comme compétente.

24. Bases contractuelles

24.1. Les documents suivants font parties intégrante du contrat d'assurance :

- les présentes conditions générales d'assurance (CGA)
- les éventuelles conditions complémentaires ou particulières
- l'information à la clientèle
- la proposition ainsi que les autres déclarations écrites du preneur d'assurance
- la police et les éventuels avenants ainsi que tout autre document d'information destiné au preneur d'assurance.

24.2. Pour tous les états de faits qui ne sont pas réglés par les conditions générales d'assurance, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 fait foi.

25. For

Le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit ont le choix entre le for ordinaire ou celui de leur domicile en Suisse.