

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance pour la perte de gain en cas de maladie

Edition juillet 2019

Table des matières

A. ÉTENDUE DE LA COUVERTURE	2
1. Objet de l'assurance.....	2
2. Définitions.....	2
3. Personnes assurées.....	2
4. Prestations pour l'indemnité journalière en cas de maladie.....	3
5. Salaire assuré.....	4
6. Prestations de tiers.....	5
7. Début et fin de la couverture d'assurance.....	5
8. Restrictions de l'étendue de la couverture en cas de maladie.....	5
9. Validité territoriale.....	6
10. Début et fin du contrat.....	6
11. Passage dans l'assurance individuelle pour la perte de gain en cas de maladie.....	6
B. EXTENSIONS DE COUVERTURE	6
12. Indemnité journalière en cas de congé maternité.....	6
13. Indemnité journalière en cas de congé paternité.....	7
14. Indemnité journalière en cas d'accident pour travailleurs indépendants.....	7
C. OBLIGATIONS PENDANT LA DURÉE DU CONTRAT	7
15. Obligation d'information.....	7
16. Information aux personnes assurées.....	8
17. Obligations supplémentaires pour les personnes avec une masse salariale annuelle convenue de manière fixe.....	8
D. PRIME ET ADAPTATION DU CONTRAT	8
18. Primes et calcul des primes.....	8
19. Décompte de prime.....	8
20. Adaptations unilatérales du contrat.....	8
21. Participation aux excédents.....	9
E. CAS DE SINISTRE	9
22. Obligation de déclarer.....	9
23. Obligation de renseigner.....	9
24. Obligation de limiter le dommage.....	9
F. DISPOSITIONS FINALES	10
25. Communications et lieu d'annonce.....	10
26. Bases contractuelles.....	10
27. Protection des données.....	10
28. For.....	10
G. ABRÉVIATIONS	10

A. ÉTENDUE DE LA COUVERTURE

1. Objet de l'assurance

L'assurance pour la perte de gain en cas de maladie couvre les conséquences économiques d'une maladie. Vous pouvez également assurer, en plus, la perte de gain subie lors d'un accident ou d'une naissance.

2. Définitions

2.1. Maladie (conformément à l'art. 3 LPGA)

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.

Les complications pendant la grossesse sont considérées comme une maladie.

2.2. Accident (conformément à l'art. 4 LPGA)

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.

Sont également considérées comme des accidents les lésions corporelles au sens de l'art. 6, al. 2, de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), ainsi que les maladies professionnelles selon la LAA.

2.3. Maternité (conformément à l'art. 5 LPGA)

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

2.4. 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.

Generali Assurances Générales SA (ci-après «Generali») comprend par longue durée une incapacité de travail ininterrompue dans l'activité précédente qui se prolonge au-delà de 6 mois.

2.5. Incapacité de gain (conformément à l'art. 7 LPGA)

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Rechute

Est considérée comme une rechute la réapparition d'une maladie ou de suites d'un accident pour lesquels des prestations ont déjà été versées par le passé.

2.7. Médecin

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

3. Personnes assurées

3.1. Travailleurs

Les travailleurs sont assurés lorsque cela est mentionné dans la police. Sauf convention contraire, l'assurance est alors valable pour tous les travailleurs, y compris les apprentis, les travailleurs occupés à temps partiel et les travailleurs en période d'essai.

Sont considérés comme travailleurs toutes les personnes soumises à l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA avec un permis de travail valable. En outre, les travailleurs qui sont au bénéfice d'un contrat de travail non soumis à la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) en raison de dispositions internationales et juridiquement contraignantes pour la Suisse peuvent être assurés à titre supplémentaire.

3.2. Travailleurs détachés

Les travailleurs détachés font partie de la catégorie des travailleurs et sont automatiquement assurés.

Sont considérés comme des travailleurs détachés les travailleurs qui

- étaient assurés en Suisse à titre obligatoire selon la LAA immédiatement avant leur détachement à l'étranger et
- disposent d'une attestation de détachement de leur caisse de compensation AVS.

3.3. Frontaliers

Les frontaliers font partie de la catégorie des travailleurs et sont automatiquement assurés.

Sont considérés comme frontaliers les travailleurs au bénéfice d'un permis de frontalier.

3.4. Travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants de l'entreprise assurée sont assurés dans la mesure où ils sont mentionnés nominativement dans la police. Ils sont admis dans l'assurance sur la base d'une annonce.

Sont considérées comme travailleurs indépendants au sens de cette assurance toutes les personnes qui travaillent dans l'entreprise assurée sans être soumises à l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA.

4. Prestations pour l'indemnité journalière en cas de maladie

4.1. Droit aux prestations

Si l'assuré subit une incapacité de travail d'au moins 25 % constatée par un médecin, Generali paie l'indemnité journalière assurée après l'expiration du délai d'attente, selon le montant, la durée et le mode de calcul indiqués dans la police.

En cas d'incapacité de travail partielle, l'indemnité journalière est réduite en fonction du taux de l'incapacité de travail attestée par un médecin.

Le droit aux prestations n'existe que tant que la personne assurée se trouve sous traitement médical régulier et sous contrôle médical mensuel.

4.2. Début du droit aux prestations d'assurance

L'obligation de payer les prestations commence à l'échéance du délai d'attente. Le délai d'attente commence à partir du jour où l'incapacité de travail d'au moins 25 % a été constaté par un médecin, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical. Les jours d'incapacité de travail d'au moins 25 % comptent comme des jours entiers pour le calcul du délai d'attente.

4.3. Durée des prestations

L'indemnité journalière pour un cas d'assurance est versée au maximum pendant le nombre de jours convenu.

Si un cas supplémentaire se produit pendant la durée d'un cas d'assurance, les jours donnant droit aux pres-

tations du premier cas sont imputés sur la durée des prestations.

Si un nouveau cas de maladie survient après l'épuisement de la durée des prestations, la couverture d'assurance n'est accordée pour ce nouveau cas que dans la mesure où l'assuré a auparavant bénéficié de sa capacité de travail résiduelle (au minimum 25%) pendant au moins 12 mois et qu'il n'est pas concerné par une exclusion de couverture mentionnée dans la police.

Les rechutes ne sont traitées comme de nouveaux cas d'assurance que si la personne assurée a été de nouveau pleinement apte au travail pendant au moins 12 mois sans interruption avant la nouvelle incapacité de travail. En cas de rechutes et de séquelles tardives survenant après le début de la couverture d'assurance, les prestations d'indemnité journalière sont payées au minimum pour la durée de l'obligation légale et contractuelle du preneur d'assurance de continuer à verser le salaire.

4.4. Fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations prend fin dans les cas suivants :

- a) Lorsque le nombre maximum de jours mentionné dans la police est atteint (épuisement des prestations). Les jours qui donnent droit à des prestations réduites au titre d'incapacité partielle ou de prestations de tiers comptent comme des jours entiers pour le calcul de la durée des prestations.
- b) À la fin des rapports de travail, pour les personnes au bénéfice d'un contrat de travail de durée déterminée ou dont le contrat de travail est résilié durant ou à la fin de la période d'essai.
- c) Le dernier jour du mois au cours duquel une personne assurée atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS, à moins qu'elle ne prouve que les rapports de travail se seraient prolongés au-delà de cette date si elle n'avait pas été empêchée de travailler en raison de son incapacité de travail. En outre, les indemnités journalières sont versées au maximum durant 180 jours pour l'ensemble des cas d'assurance en cours et futurs. Dans tous les cas, les prestations cessent à la fin de l'activité lucrative régulière, mais au plus tard à l'âge de 70 ans révolus.
- d) À la date de la retraite anticipée.

4.5. Maintien du paiement du salaire en cas de décès

Si l'assuré décède des suites d'une maladie assurée,

Generali prend en charge, dans les limites de la durée maximale des prestations, le salaire que le preneur d'assurance doit payer aux survivants en vertu de l'art. 338, al. 2, du code des obligations (CO). Cette prestation est versée au preneur d'assurance. Aucune prestation n'est due si l'assuré avait déjà atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS au moment de son décès.

4.6. Suspension du droit aux prestations

L'obligation de Generali de payer des prestations au titre de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est suspendue :

- a) après chaque naissance, aussi longtemps que l'assurée a droit à des prestations de l'assurance-maternité fédérale ou cantonale ou d'une assurance privée d'indemnités journalières de maternité privée, mais au minimum pendant 8 semaines,
- b) après chaque naissance, aussi longtemps que l'assuré a droit à des prestations de l'assurance paternité, ainsi que
- c) pendant la durée d'un congé non payé. Les indemnités journalières sont à nouveau versées au plus tôt à partir du jour qui avait été prévu pour la reprise de l'activité lucrative.

Les jours pendant lesquels l'obligation de prestation est suspendue ne sont pas imputés sur la durée maximale des prestations. Si le cas d'assurance commence pendant la suspension de l'obligation de prestation, le délai d'attente est calculé à partir du début de l'incapacité de travail.

5. Salaire assuré

5.1. Pour les travailleurs, le salaire assuré est calculé sur la base du salaire soumis aux cotisations selon la LAVS, au maximum cependant CHF 300 000.- par personne et par année.

5.2. Les dérogations suivantes sont prévues :

- a) La franchise de cotisation AVS est considérée comme gain assuré.
- b) Les salaires versés à une personne domiciliée à l'étranger, qui ne sont pas soumis à l'AVS en raison de dispositions internationales et juridiquement contraignantes pour la Suisse, ont également la valeur de gain assuré.
- c) Les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, de fermeture d'entreprises, de fusion ou dans des circonstances analogues ne sont pas prises en compte.

d) Pour des personnes mentionnées nominativement dans la police s'applique la disposition 5.4.

5.3. 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. Les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit sont aussi inclus dans ce montant. Il est calculé pour une année complète, puis divisé par 365.

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

Si l'assuré n'exerce pas une activité lucrative régulière, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire journalier moyen approprié réalisé pendant les 3 derniers mois.

Pour les travailleurs dont le salaire est soumis à de fortes variations, le calcul se base sur le salaire des 12 derniers mois précédant le début de l'incapacité de travail.

5.4. Pour les personnes avec un salaire fixe convenu dans la police, les dispositions 5.1. à 5.3. ne s'appliquent pas. L'assurance sert à indemniser les dommages et n'est pas considérée comme une assurance de somme au sens de l'art. 96 de la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Les dispositions suivantes s'appliquent :

- a) La masse salariale convenue ne doit pas diverger fortement de la dernière masse salariale déclarée à l'AVS.
- b) L'indemnité journalière correspond au salaire annuel fixe mentionné dans la police, divisé par 365, au maximum toutefois 20% de plus que le dernier salaire annuel AVS déclaré.
- c) Les prestations de tiers sont aussi prises en compte pour les personnes avec une masse salariale convenue de manière fixe.
- d) En règle générale, Generali n'exige pas de preuve de la perte de gain concrète. Generali se réserve toutefois le droit d'exiger une telle preuve dans des cas individuels. Dans ce cas, Generali ne verse les prestations que dans le cadre de la perte de gain attestée.

6. Prestations de tiers

6.1. Si la personne assurée a droit à des prestations en cas de maladie versées par des assurances sociales ou privées suisses ou étrangères ou par des tiers responsables, ces prestations sont déduites des indemnités journalières de Generali.

6.2. 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 dans le cadre de la durée maximale des prestations. Ces avances sont payées à condition que l'assuré autorise Generali par écrit à procéder à une compensation directe avec les prestations des institutions susmentionnées.

6.3. Si l'assuré a droit à des prestations d'autres assureurs en cas d'incapacité de travail ou de gain, ces prestations sont imputées sur les prestations de Generali. Si ces prestations dépassent ensemble les prestations assurées de Generali (surindemnisation), Generali peut demander le remboursement des prestations versées en trop, les déduire de prestations futures ou les compenser directement avec des prestations d'autres assureurs.

7. Début et fin de la couverture d'assurance

7.1. La couverture d'assurance commence :

- a) Pour les travailleurs pleinement aptes au travail, le jour de l'entrée en vigueur de leur contrat de travail avec l'entreprise assurée, mais au plus tôt au début du contrat indiqué dans la police.
- b) Pour les travailleurs qui ne disposent pas de leur pleine capacité de travail, seulement le jour où ils commencent à travailler selon le taux d'activité convenu contractuellement au sein de l'entreprise assurée.
- c) Pour les travailleurs indépendants et les autres personnes mentionnées nominativement dans la police avec annonce préalable, au début du contrat indiqué dans la police.
- d) Pour les personnes pour lesquelles un examen de santé est exigé, au plus tôt un jour après la décision d'acceptation.

7.2. La couverture d'assurance reste en vigueur pendant la durée d'un congé non payé jusqu'à 6 mois sans dissolution des rapports de travail.

7.3. La couverture d'assurance prend fin au plus tard :

- a) à la fin du contrat d'assurance, ou

- b) à la fin du contrat de travail, ou
- c) en cas d'entrée en fonction dans un nouvel emploi, ou
- d) à la fin de l'activité lucrative régulière, mais au plus tard à l'âge de 70 ans révolus.

8. Restrictions de l'étendue de la couverture en cas de maladie

8.1. Sont exclus de la couverture d'assurance :

- a) Les suites d'événements de guerre ou de troubles intérieurs en Suisse.
- b) Les suites d'événements de guerre ou de troubles intérieurs à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris par la survenance de ces événements et que la maladie ait lieu dans les 14 jours après le début de ces événements dans le pays de séjour.
- c) Les conséquences d'une exposition à des rayonnements de toutes sortes, en particulier à des rayonnements résultant de transformations du noyau atomique. Les atteintes à la santé qui résultent de traitements par irradiation prescrits par un médecin en lien avec des événements assurés sont toutefois assurées.
- d) Les conséquences de la dissémination d'agents chimiques et bactériologiques de guerre.
- e) Les conséquences de tremblements de terre.
- f) 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.
- g) Les suites de maladies et blessures exclues mentionnées dans la police (réserves).
- h) La réapparition ou l'aggravation d'une maladie qui a entraîné l'épuisement des prestations.
- i) Les prestations en cas d'incapacité de travail supérieure à 25 % existante lors de l'entrée en fonction ou du changement d'assureur, sous réserve de la convention de libre passage.
- j) Les suites d'accidents antérieurs.

8.2. Generali renonce à son droit de réduire les prestations en cas de faute grave ou d'entreprises téméraires.

8.3. Les indemnités journalières sont octroyées sans restriction y compris en cas d'incapacité de travail suite à des problèmes d'alcool et de drogue (addictions) ainsi que pendant le sevrage physique et psychique.

8.4. Les conséquences d'une tentative de suicide ne sont pas assurées.

9. Validité territoriale

9.1. L'assurance est valable dans le monde entier.

9.2. Si une personne assurée tombe malade à l'étranger et ne revient pas en Suisse, le droit aux prestations s'éteint après 90 jours. Le domicile des frontaliers et des travailleurs détachés est assimilé à la Suisse.

Si une personne assurée en incapacité de travail souhaite quitter la Suisse, elle doit d'abord demander l'autorisation à Generali. Sinon, elle perd son droit aux prestations pendant la durée de son séjour à l'étranger et les jours non indemnisés sont pris en compte comme jours entiers dans la durée des prestations. Le domicile des frontaliers et des travailleurs détachés au moment de l'apparition de la maladie est assimilé à la Suisse.

10. Début et fin du contrat

10.1. Le début et la fin du contrat sont mentionnés dans la police. Si le contrat d'assurance n'est pas résilié, il se prolonge tacitement d'année en année.

10.2. Le contrat peut être résilié de la façon suivante :

- a) Au moins 3 mois avant l'échéance par le preneur d'assurance ou par Generali. La résiliation est valable si elle parvient au preneur d'assurance ou à Generali au plus tard le jour qui précède le début du délai de 3 mois.
- b) En cas de sinistre, par le preneur d'assurance ou par Generali. La résiliation par Generali doit avoir lieu au plus tard lors du paiement de l'indemnité, et la résiliation par le preneur d'assurance au plus tard 14 jours après qu'il a eu connaissance du versement. Si le contrat est résilié par Generali ou par le preneur d'assurance, la couverture d'assurance prend fin 14 jours après la notification de la résiliation à l'autre partie.

10.3. La couverture d'assurance prend fin avec la cessation des activités ou avec la faillite de l'entreprise.

11. Passage dans l'assurance individuelle pour la perte de gain en cas de maladie

11.1. En cas de sortie d'une entreprise assurée ou en cas de résiliation du contrat d'assurance, les travailleurs peuvent demander le maintien de la couverture d'assurance sur une base individuelle. Aucun examen de santé n'est effectué lors du passage à l'assurance individuelle pour la perte de gain en cas de maladie.

11.2. La personne doit faire valoir son droit de passage dans un délai de 90 jours après sa sortie du cercle des assurés. Sinon, ce droit s'éteint.

11.3. Dans l'assurance individuelle, le dernier salaire reçu est déterminant, au maximum toutefois l'indemnité de chômage maximale. La personne assurée peut choisir entre un délai d'attente de 30, 60 ou 90 jours. Les réserves existantes sont reprises.

11.4. En cas de sinistre, les jours pour lesquels des prestations ont déjà été reçues du contrat collectif sont imputés à la durée maximale des prestations.

11.5. N'ont aucun droit au passage dans l'assurance individuelle pour la perte de gain en cas de maladie :

- a) les personnes qui ne sont pas considérées comme chômeurs au sens de l'art. 10 de la loi sur l'assurance-chômage (LACI) et qui ne sont pas réputées aptes à être placées au sens de l'art. 15 LACI,
- b) les travailleurs indépendants,
- c) les personnes qui ont une assurance indemnité journalière en cas de maladie auprès d'un nouvel employeur suite à un changement d'emploi,
- d) les personnes qui habitent à l'étranger,
- e) les personnes qui cessent définitivement d'exercer leur activité lucrative,
- f) les personnes qui perdent leur couverture d'assurance suite à la résiliation du contrat collectif par le preneur d'assurance,
- g) les personnes qui acquièrent le statut d'indépendant,
- h) les personnes qui ont atteint l'âge de la retraite AVS ou qui prennent une retraite anticipée, et
- i) les personnes qui perdent leur couverture d'assurance en raison de l'épuisement des prestations dans le contrat collectif.

B. EXTENSIONS DE COUVERTURE

12. Indemnité journalière en cas de congé maternité

12.1. Lorsqu'une indemnité journalière en cas de congé maternité a été convenue, celle-ci est versée en plus de l'allocation de maternité obligatoire. Le montant et la durée sont indiqués dans la police.

12.2. Les indemnités journalières sont versées si, lors de l'accouchement, l'assurée disposait depuis au moins 9 mois sans interruption d'une assurance conclue par

son employeur allant au-delà des prestations de maternité obligatoires.

12.3. Les dispositions 5.1 à 5.3 s'appliquent par analogie pour le calcul de l'indemnité journalière.

13. Indemnité journalière en cas de congé paternité

13.1. Si une indemnité journalière en cas de congé paternité a été convenue, celle-ci est versée pendant le nombre de jours convenus dans la police à partir de la naissance.

Les prestations sont versées à l'échéance d'un éventuel délai d'attente. Le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations. Les indemnités journalières en cas de congé paternité ne sont versées que dans la mesure et aussi longtemps qu'il existe une obligation de continuer à verser le salaire en vertu du contrat de travail.

13.2. Les indemnités journalières sont versées si l'assuré, au moment de l'accouchement, disposait depuis au moins 9 mois sans interruption de cette assurance conclue par son employeur.

13.3. Les dispositions 5.1 à 5.3 s'appliquent par analogie pour le calcul de l'indemnité journalière.

14. Indemnité journalière en cas d'accident pour travailleurs indépendants

14.1. Si une indemnité journalière en cas d'accident a été conclue pour le travailleur indépendant celle-ci est versée pendant l'incapacité de travail due à un accident.

14.2. Les dispositions 4, 5, 6, 7, 9 et 10 s'appliquent par analogie.

14.3. Les dispositions 8.1 a) à i) relatives à la restriction de l'étendue de la couverture s'appliquent par analogie. Sont en outre exclus de la couverture de l'assurance indemnité journalière en cas d'accident :

- a) Les accidents lors de troubles intérieurs (actes de violence contre des personnes ou des choses lors d'attroupements, de bagarres ou d'émeutes) et de mesures prises pour y remédier. Cette exclusion s'applique à moins que l'assuré ne démontre de manière crédible qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés.
- b) Les accidents survenus en commettant un crime ou un délit ainsi que les accidents résultant de l'usage

- abusif de médicaments, de drogues ou de substances similaires, prescrits ou non par un médecin.
- c) Les suites d'accidents antérieurs pas couverts par Generali.

14.4. En cas d'accident causé par une faute grave ou une entreprise téméraire, nous payons l'indemnité journalière accident dans son intégralité.

La prestation en cas d'accident est cependant réduite conformément à la LAA lorsque l'accident résulte de la conduite d'un véhicule à moteur sous l'influence de l'alcool.

C. OBLIGATIONS PENDANT LA DURÉE DU CONTRAT

15. Obligation d'information

15.1. Lorsque le genre d'entreprise, la profession ou le domicile de l'entreprise change, le preneur d'assurance est tenu d'annoncer le changement dans les 14 jours à Generali. À défaut d'annonce, Generali n'est plus liée par le contrat à l'avenir.

Après avoir été informée du changement, Generali se réserve le droit

- a) de refuser la continuation du contrat et
- b) de demander le remboursement des prestations indûment versées.

15.2. Generali doit être informée de la fermeture de l'entreprise ou de sa déclaration de faillite dans les 30 jours. À défaut, Generali retient les prestations éventuelles et peut réclamer personnellement et solidairement aux organes légaux et statutaires le remboursement des prestations déjà versées

15.3. Le décompte de prime relatif aux salaires AVS conformément à l'art. 19 doit être effectué dans le délai fixé par Generali.

15.4. Generali peut vérifier à tout moment l'exactitude du décompte de salaire du preneur d'assurance. À cette fin, le preneur d'assurance lui accorde le droit de consulter sa comptabilité. Il autorise Generali à demander à tout moment des renseignements auprès de tiers (en particulier de la caisse de compensation AVS), y compris concernant des personnes assurées individuelles.

Si le preneur d'assurance contrevient fautivement à son devoir de coopération lors de cette vérification ou s'il fournit des renseignements erronés, Generali cesse dès ce moment d'être liée au contrat d'assurance.

16. Information aux personnes assurées

16.1. Le preneur d'assurance s'engage à informer toutes les personnes assurées du contenu du présent contrat et à les informer rapidement de toute modification ou de toute résiliation.

16.2. Le preneur d'assurance est tenu, en cas de sortie du cercle des assurés ou de fin du contrat de travail, d'informer par écrit, le dernier jour de travail au plus tard, toutes les personnes assurées de leur droit de libre passage et du délai dont elles disposent. Cela vaut également si la personne sortante est en incapacité de travail au moment de la sortie. Generali met à sa disposition le matériel d'information nécessaire.

Si le preneur d'assurance contrevient de manière fautive à ces obligations et que Generali doit verser des prestations suite à cette violation, Generali dispose d'un droit de recours contre le preneur d'assurance et ses organes.

17. Obligations supplémentaires pour les personnes avec une masse salariale annuelle convenue de manière fixe

Le preneur d'assurance est tenu de vérifier la masse salariale au moins une fois par an et d'informer Generali des divergences de plus de 20% par rapport à la dernière masse salariale déclarée à l'AVS. Generali se réserve le droit de vérifier à tout moment les informations et de procéder sur cette base à des adaptations de primes et de prestations. Si une grande divergence est constatée lors d'un cas de sinistre, une adaptation peut être effectuée rétroactivement pour 2 années au maximum.

D. PRIME ET ADAPTATION DU CONTRAT

18. Primes et calcul des primes

18.1. Les primes pour chaque période d'assurance sont payables d'avance à la date fixée dans le contrat d'assurance.

18.2. Sous réserve de dispositions contractuelles divergentes, le montant déterminant pour le calcul des primes est le revenu soumis à l'AVS perçu dans l'entreprise assurée, mais au maximum CHF 300 000.– par

personne et par année. Sont également considérés comme revenus les salaires et parts de salaire pour lesquels il n'est pas prélevé de cotisation AVS en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'Union européenne ou de conventions internationales de coordination en matière de sécurité sociale conclues entre la Suisse et d'autres États, ou encore en raison de l'âge de la personne assurée.

18.3. Generali peut mandater un prestataire de services de recouvrement pour l'encaissement des primes. Ce prestataire peut facturer des frais supplémentaires.

18.4. Generali peut prélever pour votre contrat des frais pour des services spéciaux ainsi que des frais administratifs. Il peut s'agir par exemple de frais pour le paiement des primes à un guichet postal ou pour un nouvel envoi de documents déjà envoyés. Vous pouvez télécharger notre règlement relatif aux frais à l'adresse www.generali.ch/frais.

19. Décompte de prime

19.1. Lorsque la prime est calculée sur la base des salaires AVS (art. 18.2), le preneur d'assurance doit payer au début de chaque année d'assurance la prime provisoire qui lui est facturée.

À la fin de chaque année d'assurance, la prime définitive est calculée sur la base du salaire annuel assuré au sens de l'art. 18.2. Pour effectuer ce calcul, Generali envoie au preneur d'assurance le formulaire adéquat, que celui-ci doit lui retourner entièrement complété.

19.2. Un supplément ou un remboursement de prime est exigible à la remise du décompte définitif de prime au preneur d'assurance. Lorsque le décompte fait apparaître un solde de moins de CHF 20.–, il est renoncé au paiement d'un supplément ou d'un remboursement de prime.

19.3. Generali peut, à tout moment, adapter la prime provisoire en fonction de la prime annuelle définitive.

20. Adaptations unilatérales du contrat

Generali a le droit d'adapter de manière unilatérale le contrat d'assurance

- a) en cas de modifications de lois sur lesquelles se fondent les dispositions du contrat d'assurance ou
- b) en cas de modifications de la jurisprudence suprême ou de la pratique administrative de la FINMA concernant directement le contrat d'assurance.

En outre, Generali peut augmenter ou réduire les primes, les délais d'attente et les limites d'indemnité en fonction de l'évolution des coûts du présent produit d'assurance (p. ex. augmentation des taxes dans le processus de paiements).

Pour pouvoir adapter le contrat, Generali doit vous communiquer les modifications au plus tard 25 jours avant la fin de l'année d'assurance en cours. Si vous n'êtes pas d'accord avec ces modifications, vous pouvez résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. Si Generali ne reçoit pas la résiliation au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance en cours, les modifications sont considérées comme acceptées.

Les adaptations des masses salariales aux nouvelles valeurs économiques ne donnent pas le droit de résilier le contrat. De même, si les adaptations du contrat sont en votre faveur (p. ex. réduction des primes), vous ne pouvez faire valoir aucun motif de résiliation.

21. Participation aux excédents

21.1. Si une participation aux excédents a été convenue, le preneur d'assurance reçoit après la fin de la période de décompte convenue une part d'un éventuel excédent résultant de son contrat d'assurance.

21.2. Les montants payés pour les cas d'assurance (p. ex. paiement d'indemnités, frais de traitement des sinistres) pour la période de décompte sont déduits des primes versées. S'il en résulte un excédent, le preneur d'assurance reçoit la part de celui-ci selon le pourcentage qui a été convenu dans la police.

21.3. Le décompte est établi dès que les primes définitives relatives à la période de décompte sont payées et que les cas d'assurance correspondants sont réglés. Une perte éventuelle n'est pas reportée sur la période de décompte suivante.

21.4. Le droit à une participation aux excédents s'éteint en cas de résiliation du contrat d'assurance avant la fin de la période de décompte.

E. CAS DE SINISTRE

22. Obligation de déclarer

Une incapacité de travail doit être annoncée à Generali au plus tard 30 jours après le début de l'incapacité de travail. Si l'incapacité de travail est annoncée après ce délai sans raison excusable, la date d'annonce du si-

nistre est considérée être le premier jour de l'incapacité de travail et les jours écoulés depuis cette date sont imputés sur la durée maximale des prestations.

23. Obligation de renseigner

23.1. Après que le sinistre a été annoncé, la personne assurée s'engage à envoyer immédiatement à Generali l'attestation d'incapacité de travail. Le médecin traitant peut attester une incapacité de travail au maximum un mois à l'avance et rétroactivement pour 3 jours au plus.

23.2. Pour les prestations pendant un congé maternité ou paternité, il convient d'envoyer un certificat de naissance ou une copie du décompte de l'allocation de maternité selon la LAPG. En outre, une attestation justifiant le droit aux prestations doit être remise sur demande.

23.3. Le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus de fournir à Generali tout renseignement se rapportant au cas d'assurance de manière conforme à la vérité. Generali est autorisée à effectuer des visites et à demander des renseignements médicaux sur l'état de santé des assurés. En particulier, Generali peut demander des certificats médicaux, rapports, décomptes de salaire, dossiers officiels et autres pièces justificatives. La personne assurée délève à cet effet les médecins de l'obligation de garder le secret.

23.4. La personne assurée est tenue de se soumettre, même à court terme, à un examen ou à une expertise effectués par des médecins mandatés par Generali.

23.5. En cas de violation de l'obligation de renseigner conformément aux art. 23.1 à 23.4, les prestations ne sont pas versées, ou sont suspendues si Generali a déjà commencé à fournir ses prestations.

24. Obligation de limiter le dommage

24.1. Lors de toute incapacité de travail susceptible de déboucher sur un cas d'assurance, il doit être fait appel à un médecin agréé qui fournit le traitement approprié. Les instructions du médecin et du personnel soignant doivent être respectées. À défaut, Generali peut réduire ou refuser les indemnités journalières.

24.2. Dès qu'une incapacité de travail supérieure à 6 mois se dessine, la personne assurée est tenue de s'annoncer à l'office AI de son canton.

En cas d'annonce tardive, Generali réduit ses prestations d'indemnité journalière dans la mesure selon laquelle des prestations d'autres assureurs privés et

sociaux lui font défaut, en raison de l'annonce tardive, pendant la durée des prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

24.3. La personne assurée en incapacité de travail est tenue d'entreprendre toutes les mesures raisonnablement exigibles afin d'améliorer de manière notable sa capacité de gain. Si elle n'est plus en mesure d'exercer son activité initiale, elle est tenue de chercher, à la demande de Generali et dans un délai raisonnable, une autre activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans une autre branche d'activité. En cas de violation fautive de cette obligation, Generali peut refuser les prestations.

F. DISPOSITIONS FINALES

25. 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 compétente.

26. Bases contractuelles

26.1. Les documents suivants font partie intégrante du contrat d'assurance :

- les présentes conditions générales d'assurance (CGA)
- d'éventuelles conditions complémentaires ou particulières
- la proposition ainsi que les autres déclarations écrites du preneur d'assurance
- la police et ses éventuels avenants ainsi que tous les autres documents d'information destinés au preneur d'assurance
- les notices destinées aux assurés concernant le respect de l'obligation d'information.

26.2. Pour le présent contrat, la loi suisse est applicable. En particulier, la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) s'applique à toutes les questions qui ne sont pas réglées par les conditions générales d'assurance.

27. Protection des données

Nous traitons vos données personnelles conformément à toutes les dispositions légales pertinentes en matière de protection des données. Des informations détaillées sur le traitement des données sont fournies dans notre déclaration sur la protection des données. La version actuelle en vigueur peut être consultée à tout moment sous www.generali.ch/protectiondesdonnees.

28. For

Le preneur d'assurance, la personne assurée ou l'ayant droit peuvent choisir entre le for habituel et celui de leur domicile suisse.

G. ABRÉVIATIONS

LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LACI	Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
LAPG	Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité