

Assicurazione collettiva di un'indennità giornaliera secondo la LCA

Edizione 01.01.2022

Informazioni pratiche e giuridiche conformemente alla Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Nel presente foglio informativo per i clienti sono precisati in modo chiaro e succinto l'identità dell'assicuratore e i principali elementi del contratto d'assicurazione, così come disposto dall'articolo 3 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Chi è l'assicuratore?

Il partner contrattuale è il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (qui di seguito «assicuratore») la cui sede si trova in Rue des Cèdres 5, Casella postale, CH-1919 Martigny.

Quali sono i rischi assunti dall'assicurazione e qual è l'estensione della copertura assicurativa?

L'assicuratore accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un'incapacità derivante da malattia.

La copertura d'assicurazione può estendersi all'infortunio, al congedo maternità, al congedo paternità o ad altri rischi, a condizione che siano indicati nella polizza.

La copertura d'assicurazione concerne l'incapacità lavorativa, vale a dire qualsiasi incapacità dell'assicurato, totale o parziale, di compiere le abituali attività ragionevolmente esigibili nell'ambito della sua professione.

Dal momento in cui la ripresa della professione abituale non è più possibile, il diritto alle prestazioni dipende dall'incapacità al guadagno, vale a dire qualsiasi perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno dell'assicurato su un mercato del lavoro equilibrato.

Tutti i sinistri insorti durante la copertura d'assicurazione collettiva sono imputati a carico del contratto collettivo.

La copertura d'assicurazione è strutturata nella forma di un'assicurazione contro i danni.

Quali sono le prestazioni assicurate?

Nella polizza d'assicurazione si trovano tutti i dettagli della copertura assicurativa, in particolare i rischi assicurati, l'importo del salario massimo considerato per il calcolo delle prestazioni, la percentuale del salario assicurato, il termine d'attesa e le eventuali condizioni particolari.

L'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al tasso d'incapacità che deve essere di almeno il 25%.

Dal versamento della rendita di vecchiaia AVS, l'assicurato ha diritto a un massimo di 180 indennità giornaliere per una o più incapacità.

La durata delle prestazioni per gli assicurati che hanno un contratto di lavoro di tre mesi o meno è limitata a 90 giorni.

Com'è calcolato il premio?

Il premio è calcolato sulla base dei tassi di premio e dei salari dichiarati dal datore di lavoro. I tassi di premio dipendono dai rischi assicurati e dalla copertura desiderata.

Chi è il contraente e chi sono le persone assicurate?

Il contraente è il datore di lavoro che ha stipulato il contratto d'assicurazione.

La cerchia di persone assicurate è indicata nella polizza.

Quali sono gli obblighi del contraente?

Gli obblighi del contraente sono definiti nella polizza d'assicurazione e nelle condizioni generali d'assicurazione. Il contraente ha in particolare l'obbligo di informare le persone assicurate del contenuto essenziale del presente contratto, delle sue modifiche e della disdetta.

Il contraente è altresì tenuto a informare le persone assicurate sulla possibilità di mantenere la copertura d'assicurazione in caso di cessazione dei rapporti di lavoro o del contratto d'assicurazione.

Il contraente è d'altro canto tenuto ad adempiere i seguenti obblighi:

- notificare le incapacità lavorative entro 15 giorni dal loro insorgere;
- comunicare immediatamente all'assicuratore la fine dei rapporti di lavoro dell'assicurato in incapacità;
- trasmettere all'assicuratore il modulo di dichiarazione dei salari, non appena è effettuata la fatturazione definitiva, e su richiesta i conteggi AVS delle persone assicurate;
- autorizzare l'assicuratore, rispettivamente i terzi delegati, a consultare, se necessario, i libri e i documenti contabili dell'azienda e/o i documenti trasmessi alla cassa di compensazione AVS;
- fornire qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni;
- informare l'assicuratore su un eventuale aggravamento del rischio (ad esempio: modifica dell'attività dell'azienda o della professione assicurata).

Quali sono gli obblighi dell'assicurato?

L'assicurato è tenuto ad adempiere i seguenti obblighi:

- consultare un medico autorizzato, nel suo studio, al massimo entro tre giorni dall'inizio dell'incapacità;
- fornire qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni;
- collaborare con l'assicuratore e gli altri enti d'assicurazione sociale;
- fare tutto il necessario per ridurre il danno;
- informare l'assicuratore prima di effettuare un soggiorno fuori dalla zona del domicilio (raggio di 200 km) durante l'incapacità.

In caso di frode o di tentata frode all'assicurazione, l'assicurato deve assumere i costi delle indagini condotte per verificare la sua incapacità e per il monitoraggio dell'incarico.

Tutti gli obblighi dell'assicurato figurano nelle condizioni generali d'assicurazione.

L'inosservanza dei suddetti obblighi può condurre a sanzioni da parte dell'assicuratore che possono portare al rifiuto delle prestazioni.

In quali casi l'assicuratore può ridurre o rifiutare le prestazioni d'assicurazione?

La copertura d'assicurazione può essere ridotta o rifiutata nei seguenti casi (lista non esauriente):

- se il contraente o l'assicurato non rispetta i propri obblighi definiti nelle condizioni d'assicurazione;
- se l'incapacità al lavoro non è notificata all'assicuratore entro quindici giorni dal suo inizio;
- se il certificato iniziale è stato emesso più di tre giorni dopo l'inizio dell'incapacità;
- se l'assicurato rifiuta di collaborare con l'assicuratore e con gli altri enti d'assicurazione sociale;
- in caso di frode o di tentata frode all'assicurazione;
- se l'assicurato non si presenta a una convocazione imposta dall'assicuratore senza valido motivo, l'assicuratore può richiedere il rimborso delle prestazioni già anticipate e fatturare all'assicurato i costi della convocazione alla quale non si è presentato;
- in caso di soggiorni fuori dalla zona del domicilio (raggio di 200km), nei casi previsti nelle condizioni generali d'assicurazione;
- in caso di mancato pagamento dei premi da parte del contraente;
- per le complicanze di un intervento estetico volontario non assunto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Tutte le limitazioni alle prestazioni figurano nelle condizioni generali d'assicurazione.

Quando comincia il contratto?

Il contratto è concluso non appena l'assicuratore comunica che accetta la proposta.

Quando finisce il contratto d'assicurazione?

Il contraente può rescindere il contratto tramite disdetta nei seguenti casi:

- alla scadenza del contratto indicata nella polizza, con preavviso di tre mesi. La disdetta è considerata effettuata entro i termini se è recapitata all'assicuratore entro il 30 settembre. Se il contratto non è disdetto, è rinnovato tacitamente per un ulteriore anno;
- dopo ogni sinistro per il quale è corrisposta una prestazione, ma al massimo entro 14 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza del pagamento da parte dell'assicuratore;
- se l'assicuratore aumenta i premi. In questo caso, la disdetta deve essere recapitata all'assicuratore entro la fine dell'anno civile.

Il contratto d'assicurazione cessa altresì:

- in caso di cessazione dell'attività dell'azienda assicurata;
- in caso di trasferimento all'estero della sede o del domicilio del contraente.

L'assicuratore può rescindere il contratto tramite disdetta nei seguenti casi:

- alla scadenza del contratto indicata nella polizza, con preavviso di tre mesi. Se il contratto non è disdetto, è rinnovato tacitamente per un ulteriore anno;
- se il contraente ha ommesso di segnalare un fatto importante o lo ha dichiarato in modo inesatto;
- in caso di mancato pagamento dei premi;
- in caso di frode o di tentata frode da parte del contraente.

Le suddette liste indicano soltanto le possibilità più usuali in cui può essere disdetto il contratto. Altre possibilità sono enumerate nelle condizioni generali d'assicurazione e nella LCA.

Quando inizia la copertura d'assicurazione?

La copertura d'assicurazione comincia a decorrere per ogni assicurato il giorno in cui entra in vigore il suo contratto di lavoro, ma comunque dalla data di entrata in vigore indicata nella polizza.

Quando finisce la copertura d'assicurazione?

Per ogni assicurato, la copertura d'assicurazione cessa:

- alla fine del contratto di lavoro, con riserva di un'incapacità in corso;
- in caso di mancato pagamento dei premi;
- alla fine del contratto d'assicurazione o dalla data di sospensione;
- al massimo alla fine del mese durante il quale l'assicurato compie 70 anni;
- alla fine della copertura d'assicurazione LAINF per il lavoratore distaccato.

Quando si estingue il diritto alle prestazioni?

Per ogni assicurato, il diritto alle prestazioni si estingue:

- in caso di sospensione della copertura d'assicurazione per mancato pagamento dei premi;
- in caso di esaurimento del diritto massimo alle prestazioni;
- alla fine del mese durante il quale l'assicurato compie 70 anni;
- in caso di disdetta della polizza, con riserva del caso in corso non ripreso da un altro assicuratore.

Come sono trattati i dati dall'assicuratore?

L'assicuratore tratta i dati personali e sensibili del contraente e delle persone assicurate, in particolare i dati relativi al contratto, all'incasso e alla gestione dei sinistri, conformemente alle disposizioni di legge in materia di protezione dei dati.

Tutti i dettagli relativi al trattamento dei dati sono specificati nelle condizioni generali d'assicurazione.

Condizioni generali dell'assicurazione collettiva di un'indennità giornaliera secondo la LCA

PC

PCGA01-I1 – edizione 01.01.2022

Indice

A. Generalità

Abbreviazioni

- Art. 1** Assicuratore
Art. 2 Scopo e natura dell'assicurazione
Art. 3 Basi giuridiche del contratto
Art. 4 Definizioni

B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 5** Polizza d'assicurazione
Art. 6 Persone assicurate
Art. 7 Inizio e fine del contratto
Art. 8 Disdetta su sinistro
Art. 9 Pretesa fraudolenta

C. Copertura d'assicurazione

- Art. 10** Inizio della copertura d'assicurazione
Art. 11 Fine della copertura d'assicurazione
Art. 12 Passaggio nell'assicurazione individuale

D. Prestazioni

- Art. 13** Diritto alle prestazioni
Art. 14 Prestazioni dalla percezione di una rendita di vecchiaia AVS
Art. 15 Prestazioni in caso di contratto di lavoro di tre mesi o meno
Art. 16 Fine del diritto alle prestazioni
Art. 17 Incapacità in corso alla fine del contratto di lavoro
Art. 18 Esaurimento del diritto
Art. 19 Calcolo dell'indennità giornaliera
Art. 20 Congedo non remunerato
Art. 21 Prestazioni in caso di decesso
Art. 22 Prestazioni in caso di assistenza a un figlio con gravi problemi di salute

Art. 23 Prestazioni fuori della zona del domicilio

Art. 24 Incapacità causata per colpa

Art. 25 Limitazione del diritto alle prestazioni

E. Prestazioni aggiuntive

- Art. 26** Prestazioni maternità
Art. 27 Prestazioni paternità
Art. 28 Prestazioni in caso di adozione
Art. 29 Perdita di guadagno addizionale

F. Coordinamento delle prestazioni

- Art. 30** Prestazioni di terzi
Art. 31 Sovraindennizzo

G. Premi

- Art. 32** Calcolo del premio
Art. 33 Pagamento dei premi
Art. 34 Adeguamento del tasso di premio
Art. 35 Conteggio del premio
Art. 36 Partecipazione alle eccedenze

H. Obblighi

- Art. 37** Obblighi del contraente
Art. 38 Obblighi dell'assicurato

I. Altre disposizioni

- Art. 39** Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
Art. 40 Clausola mediatore
Art. 41 Comunicazioni
Art. 42 Luogo di adempimento
Art. 43 Foro competente
Art. 44 Protezione dei dati

A. Generalità

Abbreviazioni

- LAVS: legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
LAI: legge federale sull'assicurazione per l'invalidità
LPP: legge sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità
LAMal: legge federale sull'assicurazione malattie
LAINF: legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni
LAM: legge federale sull'assicurazione militare

- LIPG: legge federale sulle indennità di perdita di guadagno
LAFam: legge federale sugli assegni familiari
LADI: legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza
LCA: legge federale sul contratto d'assicurazione
CO: codice delle obbligazioni
CGA: condizioni generali d'assicurazione

Art. 1 Assicuratore

La società d'assicurazione che assume il rischio è Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, qui di seguito «assicuratore».

Art. 2 Scopo e natura dell'assicurazione

1. La copertura d'assicurazione è strutturata nella forma di un'assicurazione contro i danni.
2. L'assicuratore accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un'incapacità derivante da malattia. La copertura d'assicurazione può estendersi all'infortunio, al congedo maternità o ad altri rischi, a condizione che siano indicati nella polizza.

Art. 3 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite:

1. dalle presenti CGA, dalle eventuali condizioni complementari o particolari, dalle disposizioni della polizza e dalle eventuali clausole addizionali.
2. dalle disposizioni e dalle dichiarazioni menzionate nella proposta, dalle altre dichiarazioni del contraente e degli assicurati e dai questionari sullo stato di salute.
3. dalla LCA.
4. dal CO.

Art. 4 Definizioni

1. Danno alla salute

Il danno alla salute include la malattia e/o l'infortunio.

2. Malattia

È considerata malattia qualsiasi danno involontario alla salute fisica o mentale o psichica, medicalmente e oggettivamente identificabile che non sia la conseguenza di un infortunio o dei suoi postumi e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità. Le complicazioni legate alla gravidanza sono equiparate a una malattia.

3. Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, medicalmente e oggettivamente identificabile, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Sono generalmente equiparati a un infortunio i postumi di un infortunio, le ricadute di infortuni, le lesioni fisiche equiparate a un infortunio e le malattie professionali ai sensi della LAINF.

4. Incapacità

Salvo diversa indicazione, il termine incapacità concerne tanto l'incapacità lavorativa quanto l'incapacità al guadagno.

5. Incapacità lavorativa

È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere le mansioni abituali della professione esercitata dall'assicurato che gli possono essere ragionevolmente richieste. Dal momento in cui la ripresa della professione abituale non è più possibile, il diritto alle prestazioni dipende dall'incapacità al guadagno.

6. Incapacità al guadagno

- a. È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno dell'assicurato su un mercato del lavoro equilibrato.
- b. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le limitazioni mediche dovute al danno alla salute.
- c. L'incapacità al guadagno è determinata dalla differenza tra il reddito ottenuto prima dell'incapacità lavorativa nella pro-

fessione abitualmente esercitata e il reddito medio che dal punto di vista medico potrebbe essere realizzato in un'altra attività, tenuto conto del livello di competenze dell'assicurato, secondo la Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) in vigore.

7. Caso d'assicurazione

È considerato caso d'assicurazione il verificarsi di un'incapacità causata da uno o più danni alla salute che possono verificarsi durante lo stesso periodo d'incapacità.

8. Ricaduta

È considerata ricaduta un'incapacità medicalmente connessa a un caso anteriore, che insorge durante il periodo di copertura e durante i 365 giorni dalla fine dell'incapacità anteriore. A queste condizioni, la ricaduta fa parte dello stesso caso d'assicurazione dell'incapacità anteriore.

B. Estensione dell'assicurazione

Art. 5 Polizza d'assicurazione

Nella polizza d'assicurazione si trovano tutti i dettagli della copertura assicurativa, in particolare i rischi assicurati, l'importo del salario massimo considerato per il calcolo delle prestazioni, la percentuale del salario assicurato, il termine d'attesa, la durata delle prestazioni e le eventuali condizioni particolari.

Art. 6 Persone assicurate

1. La cerchia di persone assicurate è indicata nella polizza.
2. La persona totalmente o parzialmente inabile al lavoro al momento dell'entrata in vigore della polizza, rispettivamente all'inizio del rapporto di lavoro, non è assicurata. Lo sarà non appena avrà riacquisito la piena capacità lavorativa. La convenzione di libero passaggio è riservata.
3. La persona che percepisce una rendita d'invalidità al momento dell'entrata in vigore della polizza, rispettivamente all'inizio del rapporto di lavoro, è assicurata per il salario che ricava dalla capacità di lavoro residua che utilizza concretamente e a lungo termine.
4. La persona il cui contratto di lavoro cessa durante la propria incapacità che dà diritto a prestazioni continua a far parte della cerchia di persone assicurate fino alla fine della suddetta incapacità in corso. La convenzione di libero passaggio è riservata.

Art. 7 Inizio e fine del contratto

1. La data d'entrata in vigore del contratto e la sua scadenza sono indicate nella polizza.
2. Alla scadenza della polizza e salvo notifica di disdetta ricevuta al massimo entro il 30 settembre, il contratto è prolungato tacitamente per un ulteriore anno.
3. Il contratto finisce:
 - a. in caso di disdetta da parte del contraente o dell'assicuratore;
 - b. in caso di cessazione dell'attività dell'azienda assicurata;
 - c. in caso di disdetta su sinistro ai sensi dell'articolo 8 delle presenti CGA;
 - d. in caso di disdetta a seguito di pretese fraudolente ai sensi dell'articolo 9 delle presenti CGA;
 - e. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 33 cpv. 5 delle presenti CGA;
 - f. in caso di trasferimento all'estero della sede o del do-

micilio del contraente;

- g. in caso di disdetta a seguito di un aumento del tasso dei premi ai sensi dell'articolo 34 delle presenti CGA.

Art. 8 Disdetta su sinistro

1. Dopo ogni sinistro per cui l'assicuratore deve erogare una prestazione, il contraente ha il diritto di disdire il contratto entro 14 giorni da quando è venuto a conoscenza del pagamento dell'indennizzo. Se il contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti 14 giorni dopo che l'assicuratore riceve la notifica di disdetta.
2. L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto che ha per legge LCA di recedere dal contratto a seguito di sinistro, salvo in caso di abuso, di falsa dichiarazione, di dolo, di reticenza o di loro tentativi oppure per gravi motivi ai sensi della LCA.

Art. 9 Pretesa fraudolenta

La polizza può essere annullata o disdetta allorché il contraente ha ottenuto o cercato di ottenere profitti illeciti ai danni dell'assicuratore.

C. Copertura d'assicurazione

Art. 10 Inizio della copertura d'assicurazione

La copertura d'assicurazione comincia a decorrere per ogni assicurato il giorno in cui entra in vigore il suo contratto di lavoro, ma comunque dalla data di entrata in vigore indicata nella polizza.

Art. 11 Fine della copertura d'assicurazione

Per ogni assicurato, la copertura d'assicurazione cessa:

- a. alla fine del contratto di lavoro con riserva delle disposizioni dell'articolo 17 delle presenti CGA;
- b. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 33 delle presenti CGA;
- c. alla fine del contratto d'assicurazione o dalla data di sospensione;
- d. alla fine del mese durante il quale l'assicurato compie 70 anni;
- e. alla fine della copertura d'assicurazione LAINF per i lavoratori distaccati.

Art. 12 Passaggio nell'assicurazione individuale

1. La persona domiciliata in Svizzera che non appartiene più alla cerchia delle persone assicurate gode del diritto di mantenere la propria copertura nell'assicurazione individuale senza nuove riserve. Deve esercitare tale diritto entro 90 giorni dal giorno in cui esce dalla cerchia degli assicurati.
2. Il frontaliere che non appartiene più alla cerchia delle persone assicurate gode del diritto di mantenere la propria copertura nell'assicurazione individuale senza nuove riserve, a condizione che continui ad esercitare un'attività retribuita in Svizzera. Deve rivendicare tale diritto entro 90 giorni dal giorno in cui esce dalla cerchia degli assicurati.
3. Nel momento del passaggio, si applicano le tariffe e le CGA dell'assicurazione individuale in vigore. L'indennità giornaliera è ridotta proporzionalmente se il nuovo reddito

effettivo o se l'indennità di disoccupazione è inferiore.

4. L'età al momento dell'adesione all'assicurazione collettiva è determinante per il calcolo del premio.
5. Il diritto al passaggio in qualità di assicurato individuale non sussiste:
 - a. in caso di disdetta del contratto d'assicurazione e di ripresa dello stesso da parte di un altro assicuratore per la stessa cerchia di persone o per parte di esse;
 - b. per i lavoratori indipendenti, il datore di lavoro e i componenti delle loro famiglie non soggetti all'AVS;
 - c. per la persona che ha un contratto di lavoro di durata determinata di tre mesi o meno e per il personale ausiliare assunto occasionalmente;
 - d. se la persona lascia il proprio posto di lavoro e passa nell'assicurazione di indennità giornaliera di un nuovo datore di lavoro;
 - e. per la persona che ha raggiunto l'età AVS o che è andata in prepensionamento.

D. Prestazioni

Art. 13 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato in incapacità può pretendere le prestazioni assicurate esclusivamente se subisce una perdita di salario/guadagno a seguito di un danno alla salute.
2. Dal momento in cui la ripresa della professione abituale non è più possibile, il diritto alle prestazioni dipende dall'incapacità al guadagno.
3. Soltanto l'incapacità e la sua eventuale ricaduta che si verificano durante la copertura assicurativa danno diritto alle prestazioni. La convenzione di libero passaggio è riservata.
4. **Incapacità parziale**
 - a. L'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al tasso d'incapacità che deve essere di almeno il 25%.
 - b. I giorni d'incapacità inferiore a tale tasso non sono considerati per calcolare la durata delle prestazioni e il termine d'attesa.
 - c. I giorni d'incapacità parziale superiore o uguale a tale tasso sono considerati come giorni interi per calcolare la durata delle prestazioni e il termine d'attesa.
5. **Notifica dell'incapacità**
 - a. Qualsiasi incapacità di almeno il 25% deve essere notificata all'assicuratore entro 15 giorni dal suo insorgere. Trascorso tale termine, il giorno in cui l'assicuratore apprende l'incapacità è considerato come primo giorno d'incapacità.
 - b. Se la notifica avviene in ritardo per motivi giustificabili, il versamento delle indennità giornaliere è limitato a 180 giorni precedenti il giorno della notifica.
6. **Attestato medico dell'incapacità**
 - a. Se il certificato iniziale è stato emesso più di tre giorni dopo l'inizio dell'incapacità, l'assicuratore si riserva il diritto di considerare il giorno di rilascio del suddetto certificato come primo giorno d'incapacità.
 - b. L'assicuratore paga l'incapacità medicalmente attestata e comprovata. Per le incapacità superiori a tre giorni, è obbligatorio il rilascio di un certificato medico. Un attestato del medico, basato su regolari consultazioni in studio, deve essere trasmesso all'assicuratore almeno una volta al mese.

7. Termine d'attesa

- a. L'indennità giornaliera dovuta è corrisposta dopo la scadenza del termine di attesa scelto, per ogni giorno d'incapacità (domenica e giorni festivi inclusi).
- b. Se la polizza prevede il termine d'attesa per incapacità, questo si applica per ogni incapacità che dà diritto a prestazioni. In caso di ricaduta, si applica soltanto l'eventuale termine di attesa rimanente.
- c. Se la polizza prevede il termine d'attesa per anno civile, questo si applica una sola volta per anno civile per una o più incapacità che danno diritto a prestazioni. In caso d'incapacità ininterrotta su vari anni, il termine d'attesa annuale si applica una sola volta.
- d. Se la polizza prevede il termine d'attesa per anno di servizio, questo si applica una sola volta per anno di servizio per una o più incapacità che danno diritto a prestazioni. In caso d'incapacità ininterrotta su vari anni di servizio, il termine d'attesa si applica una sola volta. È considerato anno di servizio un periodo di 365 giorni consecutivi durante il quale sussiste un rapporto di lavoro con il contraente.
- e. Se un'incapacità in corso non è più dovuta a un infortunio bensì a una malattia, o viceversa, il termine di attesa si applica al nuovo rischio (infortunio, malattia), a meno che i due rischi non siano coperti dallo stesso assicuratore.
- f. Il termine d'attesa è imputato sulla durata delle prestazioni.

Art. 14 Prestazioni dalla percezione di una rendita di vecchiaia AVS

Dal versamento della rendita di vecchiaia AVS, l'assicurato ha diritto a un massimo di 180 indennità giornaliere per una o più incapacità. Se un'incapacità è iniziata prima del versamento della rendita AVS, il diritto alle prestazioni è limitato al saldo delle prestazioni previste nella polizza, ma a 180 giorni al massimo, a condizione che il mantenimento del contratto di lavoro sia stato deciso prima dell'incapacità.

Art. 15 Prestazioni in caso di contratto di lavoro di tre mesi o meno

La durata delle prestazioni per gli assicurati che hanno un contratto di lavoro di tre mesi o meno è limitata a 90 giorni.

Art. 16 Fine del diritto alle prestazioni

Per ogni assicurato, il diritto alle prestazioni si estingue:

- a. in caso di sospensione della copertura d'assicurazione per mancato pagamento dei premi;
- b. in caso di esaurimento delle prestazioni;
- c. alla fine del mese durante il quale l'assicurato compie 70 anni;
- d. in caso di disdetta del contratto d'assicurazione, con riserva del caso in corso non ripreso da un altro assicuratore.

Art. 17 Incapacità in corso alla fine del contratto di lavoro

1. La copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni sono mantenuti per l'incapacità in corso alla fine del contratto di lavoro.
2. L'incapacità all'origine del diritto alle prestazioni è a cari-

co del contratto collettivo.

3. La convenzione di libero passaggio è riservata.

Art. 18 Esaurimento del diritto

1. I problemi di salute in relazione a un caso oggetto di esaurimento del diritto alle prestazioni non sono più coperti e non danno diritto a prestazioni, con riserva delle disposizioni dell'articolo 29 delle presenti CGA (Perdita di guadagno addizionale).
2. L'assicurato non può rinunciare all'indennità giornaliera per impedire l'esaurimento del proprio diritto alle prestazioni. In questo caso, l'assicuratore corrisponde le prestazioni in base alla valutazione dell'incapacità effettuata dal medico di fiducia.

Art 19 Calcolo dell'indennità giornaliera

1. Il salario AVS dovuto dall'azienda assicurata costituisce la base di calcolo dell'indennità giornaliera. Sono altresì presi in considerazione il salario e la parte di salario non soggetti all'AVS tenuto conto dell'età della persona assicurata, nonché gli assegni familiari dal momento in cui non sono più percepiti da un avente diritto.
2. Per gli elementi del salario soggetti all'AVS non ancora corrisposti al momento del sinistro e a cui la persona potrebbe aver diritto, l'indennità giornaliera corrispondente è determinata dividendo per 365 i suddetti elementi di salario percepiti per i dodici mesi precedenti l'incapacità, ma comunque non prima della data di assunzione.
3. L'aumento di salario durante un'incapacità può essere preso in considerazione se è stato convenuto prima dell'incapacità o se è previsto da un contratto collettivo di lavoro.
4. Se l'indennità è espressa in percentuale del salario, essa è calcolata per i salari orari e per i salari mensili, ma al massimo conformemente alle disposizioni del contratto collettivo di lavoro, nel seguente modo.

Salario orario:

salario orario di base lordo (eventualmente con la 13^a mensilità) moltiplicato per

il numero di ore settimanali o annue medio moltiplicato per

52 settimane (se numero di ore settimanali) diviso per 365 giorni (incluso l'anno bisestile) moltiplicato per la percentuale della copertura stabilita.

Con questo metodo, i supplementi per le vacanze e i giorni festivi sono inclusi nel calcolo dell'indennità giornaliera. Nel salario orario di base lordo, i giorni festivi e le vacanze non sono aggiunti al salario orario di base.

Salario mensile:

salario mensile moltiplicato per

12 mesi (o 13 mesi, se 13^a mensilità) diviso per 365 giorni (incluso l'anno bisestile) moltiplicato per la percentuale della copertura stabilita.

5. Se la persona assicurata esercita un'attività lucrativa irregolare o se il suo salario è soggetto a forti fluttuazioni, l'indennità giornaliera è determinata dividendo per 365 il salario percepito durante gli ultimi 12 mesi precedenti l'incapacità.

Art. 20 Congedo non remunerato

1. In caso di congedo non remunerato, la copertura è mantenuta per una durata massima di dodici mesi.

2. Il termine di attesa comincia a decorrere il primo giorno dell'incapacità. Il diritto alle prestazioni comincia a decorrere non prima del giorno previsto di ripresa dell'attività lavorativa.

Art. 21 Prestazioni in caso di decesso

In caso di decesso dell'assicurato in seguito a un'incapacità che dà diritto a prestazioni, l'assicuratore corrisponde al contraente l'indennità giornaliera nei limiti del diritto alle prestazioni e delle disposizioni dell'articolo 338 CO.

Art. 22 Prestazioni in caso di assistenza a un figlio con gravi problemi di salute

1. In caso di congedo per assistere un figlio con gravi problemi di salute, l'assicuratore completa l'indennità giornaliera versata dalla LIPG nei limiti delle prestazioni assicurate.
2. L'indennità è subordinata al diritto alle prestazioni secondo la LIPG ed è versata per la stessa durata.

Art. 23 Prestazioni fuori della zona del domicilio

1. In virtù dell'articolo 38 cpv. 1 delle presenti CGA:
 - a. se l'incapacità si verifica fuori della zona di domicilio dell'assicurato (raggio di 200 km), quest'ultimo ha diritto alle prestazioni nella misura in cui può dimostrare che, dal punto di vista medico, un ritorno non è possibile, in particolare durante il periodo in cui è ospedalizzato.
 - b. durante la sua incapacità, l'assicurato che desidera assentarsi dalla zona del suo domicilio (raggio di 200 km) deve previamente informarne l'assicuratore. Quest'ultimo può decidere, dopo aver valutato le circostanze, di continuare a versare le indennità giornaliere per un periodo limitato. Senza l'accordo dell'assicuratore, le prestazioni saranno rifiutate durante il soggiorno fuori dalla zona del domicilio.
2. Il lavoratore distaccato ha diritto alle prestazioni finché beneficia di una copertura secondo la LAINF e, poi, dal rientro in Svizzera.

Art. 24 Incapacità causata per colpa

L'assicuratore rinuncia al diritto che gli spetta per legge LCA di ridurre le proprie prestazioni per le malattie causate per colpa grave della persona assicurata.

Art. 25 Limitazione del diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni sono rifiutate:
 - a. in caso di riserva o di reticenza;
 - b. in caso d'incapacità derivante da un intervento di chirurgia estetica volontario non assunto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
 - c. in caso di incapacità dovute a terremoti;
 - d. in caso di incapacità dovute ad atti di guerra:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che l'assicurato non sia stato colto alla sprovvista da tali avvenimenti nel paese dove soggiorna e l'incapacità si manifesta entro tre mesi dall'inizio di tali avvenimenti.
 - e. in caso di frode o di tentata frode all'assicurazione;

- f. per i danni alla salute derivanti da radiazioni ionizzanti e per i danni causati da radiazioni nucleari, salvo per i danni alla salute derivanti da un trattamento medico;
 - g. in caso d'incapacità durante il servizio militare all'estero.
2. Le prestazioni possono essere, temporaneamente o definitivamente, ridotte o rifiutate:
 - a. se l'infortunio è causato per colpa dell'assicurato, in caso di pericoli straordinari o di atti temerari ai sensi della LAINF;
 - b. se il contraente o l'assicurato non rispetta gli obblighi previsti negli articoli 37 e 38 delle presenti CGA;
 - c. se l'assicurato rifiuta di collaborare alle misure istruttorie (ad esempio farsi esaminare da un medico designato dall'assicuratore) o non si presenta a una convocazione imposta dall'assicuratore, senza valido motivo. In questi casi, l'assicuratore si riserva inoltre il diritto di richiedere il rimborso delle prestazioni già anticipate e di fatturare all'assicurato i costi della convocazione alla quale non si è presentato;
 - d. se l'assicurato rifiuta di fornire tutte le informazioni necessarie su fatti di sua conoscenza che possono servire a determinare il diritto alle prestazioni;
 - e. se l'assicurato non inoltra o non inoltra entro i termini una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione per l'invalidità. In questi casi le indennità giornaliere sono sospese fino al giorno in cui inoltra la domanda.
 3. Durante i periodi di sospensione per mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 33 delle presenti CGA:
 - i sinistri che si verificano non sono coperti;
 - per i sinistri in corso, il versamento delle prestazioni ricomincia alla data in cui sono saldati i premi arretrati. In questo caso, i giorni d'incapacità sono computati sulla durata del diritto alle prestazioni.
 4. Il diritto alle prestazioni è sospeso finché la persona assicurata percepisce le prestazioni dell'assicurazione maternità federale secondo la LIPG o cantonali. In assenza d'assicurazione maternità federale o cantonale, il diritto alle prestazioni è sospeso per 56 giorni a decorrere dal parto, se la gravidanza è durata almeno 23 settimane. L'articolo 26 delle presenti CGA rimane riservato.

E. Prestazioni aggiuntive

Art. 26 Prestazioni maternità

1. Tale copertura è accordata se sottoscritta nella polizza.
2. L'indennità di maternità è subordinata al diritto alle prestazioni federali secondo la LIPG o cantonali.
3. Se il versamento delle prestazioni federali secondo la LIPG o cantonali è prolungato in caso di ospedalizzazione del neonato, il versamento dell'indennità di maternità è anch'esso prolungato per una durata equivalente.
4. Le prestazioni federali secondo la LIPG e/o cantonali sono detratte dall'importo che l'assicuratore deve corrispondere.

Art. 27 Prestazioni paternità

1. Tale copertura è accordata se sottoscritta nella polizza.
2. L'indennità di paternità è subordinata al diritto alle prestazioni federali secondo la LIPG o cantonali.

3. Le prestazioni federali secondo la LIPG e/o cantonali sono detratte dall'importo che l'assicuratore deve corrispondere.

Art. 28 Prestazioni in caso di adozione

1. Se la polizza prevede l'erogazione di una prestazione complementare in caso di maternità e/o di paternità, questa è corrisposta anche in caso di adozione, a condizione che siano erogate prestazioni secondo le disposizioni federali o cantonali.
2. L'adozione del figlio del coniuge della persona assicurata non dà diritto a prestazioni.

Art. 29 Perdita di guadagno addizionale

1. Se sottoscritta nella polizza, la perdita di guadagno addizionale assicura il salario ottenuto grazie alla capacità lavorativa che l'assicurato utilizza concretamente e a lungo termine nell'azienda, dopo aver esaurito il proprio diritto alle prestazioni.
L'assicurato gode allora di una nuova copertura di 180 giorni per un periodo di cinque anni dall'esaurimento del diritto alle prestazioni.
2. Il termine di attesa si applica a ogni incapacità lavorativa, ma non è computato sulla durata dei 180 giorni.
3. L'assicurato ha diritto una sola volta alle prestazioni della copertura addizionale.
4. Se, alla scadenza dei cinque anni dall'inizio della copertura addizionale, l'assicurato non ha esaurito la durata delle prestazioni di tale copertura, ha nuovamente il diritto di beneficiare delle prestazioni della copertura principale.
5. La perdita di guadagno addizionale è strettamente connessa al contratto collettivo dell'azienda allo scopo di favorire il reinserimento. Il dipendente che cessa di appartenere alla cerchia degli assicurati non beneficia del libero passaggio per questa prestazione.

F. Coordinamento delle prestazioni

Art. 30 Prestazioni di terzi

1. L'assicuratore interviene sussidiariamente a qualunque altro assicuratore sociale o privato che copre la perdita di salario/guadagno dell'assicurato, nei limiti delle prestazioni previste nella polizza.
2. Se un terzo riduce le proprie prestazioni a causa di una sanzione, l'assicuratore non compensa la riduzione che ne scaturisce.
3. Se diversi assicuratori privati coprono la perdita di salario/guadagno, il totale delle prestazioni versate non può essere superiore alla perdita subita. Per questo motivo, l'assicuratore corrisponde la perdita di salario/guadagno in proporzione all'indennità giornaliera che assicura rispetto al totale delle indennità giornaliera assicurate.
4. Dal verificarsi di un rischio assicurato, l'assicuratore è surrogato, fino a concorrenza delle prestazioni contrattuali, ai diritti dell'assicurato e dei superstiti contro qualsiasi terzo responsabile.
5. Se, senza l'accordo dell'assicuratore, l'assicurato stipula, con un terzo tenuto a versare prestazioni, una convenzione nella quale rinuncia totalmente o parzialmente alle prestazioni assicurative o al risarcimento cui ha diritto, le presta-

- zioni contrattuali corrispondenti sono ridotte in proporzione.
6. Nei limiti del diritto alle prestazioni, l'assicuratore anticipa le prestazioni finché l'assicurazione per l'invalidità (AI), l'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (LAM), un istituto di previdenza professionale (LPP) o un assicuratore estero o privato non definiscano un diritto a una rendita. Dall'erogazione di una rendita da parte di uno o più enti precitati, l'assicuratore ha il diritto di richiedere direttamente a questi ultimi o a un'eventuale parte terza il rimborso degli anticipi effettuati. L'importo restituito rimane all'assicuratore.
7. Per il calcolo della durata delle prestazioni, i giorni in cui le prestazioni sono ridotte o quelli in cui l'assicuratore non deve versare alcuna prestazione a causa di prestazioni di terzi sono considerati come giorni interi.
8. In riferimento soprattutto alle convenzioni di libero passaggio, il periodo durante il quale le indennità giornaliera sono state versate dai precedenti assicuratori è detratto dalla durata massima del diritto alle prestazioni dell'assicurazione collettiva.

Art. 31 Sovraindennizzo

Le prestazioni dell'assicuratore o il loro concorso con quelle di altri assicuratori non devono dar luogo a un sovraindennizzo dell'assicurato. Il sovraindennizzo, cioè la parte di indennità giornaliera versata superiore alla perdita di salario/guadagno effettiva o superiore alle prestazioni previste nella polizza, è compensato con le prestazioni in corso o deve essere rimborsato all'assicuratore.

G. Premi

Art. 32 Calcolo del premio

Il salario AVS dovuto dall'azienda assicurata costituisce la base per il calcolo del premio. Sono altresì presi in considerazione il salario e la parte di salario non soggetti all'AVS a causa dell'età della persona assicurata, nonché gli assegni familiari.

Art. 33 Pagamento dei premi

1. Il contraente è il debitore dei premi.
2. Il premio deve essere pagato entro il termine indicato nella polizza.
3. Gli acconti dei premi che si possono esigere nel corso dell'anno civile d'assicurazione sono considerati come importi scaglionati da pagare in virtù dei termini convenuti. Possono essere adeguati in qualsiasi momento all'evoluzione della massa salariale durante l'anno.
4. Se il premio o gli acconti non sono pagati entro i termini, l'assicuratore ingiunge al debitore il pagamento dell'importo dovuto, al quale si aggiungono le spese, entro 14 giorni dall'invio della diffida e gli ricorda le conseguenze della messa in mora. Se il premio arretrato e le spese non sono pagati nel termine imposto, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi a partire dalla scadenza di tale termine.
5. Se l'assicuratore non richiede tramite procedimento esecutivo il pagamento del premio arretrato in questione e delle spese nei due mesi successivi alla scadenza del termine di 14 giorni, il contratto è considerato come disdetto.

Art. 34 Adeguamento del tasso di premio

1. Salvo accordo esplicito indicato nella polizza, l'assicuratore ha il diritto di adeguare ogni anno il tasso dei premi all'evoluzione dei sinistri o in caso di modifica della tariffa dei premi. Gli adeguamenti prendono effetto a decorrere dal 1° gennaio di ogni anno. L'assicuratore comunica al contraente il nuovo tasso al massimo 25 giorni prima della fine dell'anno in corso. In caso di aumento del tasso di premio, il contraente può esercitare il proprio diritto di disdetta prima della fine dell'anno civile (data di ricevimento da parte dell'assicuratore).
2. Il tasso di premio può essere adeguato quando si verificano nuove situazioni (ad esempio modifica dell'attività dell'azienda, fusione, scissione, incorporazione ecc.) e in caso di ristrutturazione, a condizione che la massa salariale vari del 10% o più. In caso di aumento del tasso di premio, il contraente può esercitare il proprio diritto di disdetta entro trenta giorni dalla comunicazione (data di ricevimento da parte dell'assicuratore).

Art. 35 Conteggio del premio

Il conteggio definitivo dei premi è elaborato alla fine dell'esercizio che corrisponde all'anno civile, sulla base dei documenti forniti dal contraente conformemente all'articolo 37 delle presenti CGA.

Art. 36 Partecipazione alle eccedenze

1. Se previsto nella polizza, il contraente riceve una quota dell'eventuale eccedenza di premi.
2. Il conteggio è effettuato non prima di cinque mesi dopo la fine del periodo di conteggio, a condizione che i premi per tale periodo siano stati integralmente pagati.
3. Le prestazioni erogate per il periodo del conteggio sono detratte dalla quota determinante dei premi pagati secondo le disposizioni previste nella polizza. Se si registra un'eccedenza, il contraente riceve la quota convenuta nella polizza.
4. Se la polizza d'assicurazione è disdetta per la fine di un periodo di conteggio di partecipazione alle eccedenze, il calcolo di tale partecipazione è posticipato alla chiusura di tutte le incapacità lavorative a carico del contratto collettivo. Le prestazioni erogate dopo la disdetta sono anch'esse computate nel calcolo.
5. Quando i sinistri relativi ad un periodo di conteggio chiuso sono notificati o indennizzati dopo la stesura del conteggio, è emesso un nuovo conteggio delle partecipazioni. L'assicuratore richiede la restituzione delle eccedenze indebitamente versate.
6. Un'eventuale partecipazione alle eccedenze è versata a condizione che la polizza d'assicurazione sia rimasta in vigore fino alla fine del periodo di conteggio.
7. Soltanto i premi e le prestazioni relative alle indennità giornaliere per malattia e infortunio sono presi in considerazione nel calcolo della partecipazione alle eccedenze.

H. Obblighi

Art. 37 Obblighi del contraente

1. Il contraente è tenuto a informare gli assicurati sui diritti e sugli obblighi derivanti dall'assicurazione, in particolare

sulla possibilità di mantenere la copertura d'assicurazione in caso di cessazione dei rapporti di lavoro o del contratto d'assicurazione.

2. In virtù del dovere di informare (articolo 3 LCA) è altresì tenuto a informare le persone assicurate sugli elementi essenziali del contratto.
3. Il contraente deve comunicare all'assicuratore qualsiasi incapacità conformemente all'articolo 13 cpv. 5 delle presenti CGA.
4. Il contraente comunica immediatamente all'assicuratore la fine dei rapporti di lavoro dell'assicurato in incapacità.
5. Quando avviene la fatturazione definitiva, il contraente deve trasmettere all'assicuratore il modulo di dichiarazione dei salari e, su richiesta, i conteggi AVS delle persone assicurate. Se il modulo di dichiarazione dei salari non perviene all'assicuratore entro 30 giorni dalla sua richiesta, quest'ultimo invia una diffida al contraente. Se la diffida rimane senza effetto, l'assicuratore procederà lui stesso ad una fatturazione d'ufficio, maggiorando il premio annuo dell'esercizio precedente. L'articolo 33 delle presenti CGA si applica per analogia per il pagamento del premio complementare.
6. Il contraente è tenuto ad autorizzare l'assicuratore, rispettivamente i terzi delegati, a consultare in caso di necessità i libri e i documenti contabili dell'azienda e/o i documenti trasmessi alla cassa di compensazione AVS. Se non lo fa, l'assicuratore si riserva il diritto di sospendere i propri obblighi.
7. Il contraente s'impegna a fornire all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (procura, certificati medici, documenti contabili e/o amministrativi ecc.). L'assicuratore si riserva il diritto di verificare la verosimiglianza del salario dichiarato.
8. Il contraente deve informare l'assicuratore su un eventuale aggravamento del rischio (ad esempio: modifica dell'attività dell'azienda o della professione assicurata).
9. L'inosservanza di suddetti obblighi può condurre a sanzioni da parte dell'assicuratore che possono andare fino al rifiuto delle prestazioni conformemente all'articolo 25 delle presenti CGA.

Art. 38 Obblighi dell'assicurato

1. Durante l'incapacità, l'assicurato deve rimanere sotto controllo amministrativo e medico dell'assicuratore (ad esempio, per farsi esaminare da un medico designato dall'assicuratore).
2. L'assicurato fornisce all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (procura, certificati medici, referti medici, decisioni e/o conteggi di altri assicuratori ecc.). Informa altresì immediatamente l'assicuratore di qualsiasi cambiamento della sua situazione che potrebbe avere un impatto sul suo diritto alle prestazioni (modifica del tasso d'incapacità, iscrizione all'assicurazione di disoccupazione, diritto a prestazioni di terzi ecc.).
3. L'assicurato libera il personale medico consultato dal segreto medico e professionale nei confronti del medico di fiducia dell'assicuratore.
4. L'assicurato deve collaborare con l'assicuratore e i terzi designati da quest'ultimo (ispettore dei sinistri, gestori,

medici ecc.). Deve in particolare seguirne le prescrizioni, fornire i documenti richiesti e rispondere in modo completo e veritiero alle domande poste dall'assicuratore.

5. L'assicurato ha l'obbligo di presentare una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione per l'Invalidità al massimo entro sei mesi dall'inizio dell'incapacità o, dietro suggerimento dell'assicuratore, presso un altro ente sociale.
6. L'assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno e ciò implica tra l'altro l'obbligo di collaborare con altri enti dell'assicurazione sociale (assicurazione per l'Invalidità, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione militare ecc.).
7. L'assicurato partecipa, nei limiti di quanto si possa ragionevolmente da lui pretendere, a una cura o a un piano di reinserimento professionale volto a migliorare notevolmente la sua capacità lavorativa o a offrire una nuova possibilità di guadagno.
8. Al massimo entro tre giorni dall'inizio dell'incapacità, l'assicurato deve consultare un medico autorizzato, nel suo studio, e seguirne le prescrizioni.
9. L'inosservanza di suddetti obblighi può condurre a sanzioni da parte dell'assicurazione che possono andare fino al rifiuto delle prestazioni conformemente all'articolo 25 delle presenti CGA.
10. In caso di frode o di tentata frode all'assicurazione, l'assicurato dovrà assumere i costi delle indagini effettuate per verificare la sua incapacità e per il monitoraggio dell'incanto.

I. Altre disposizioni

Art. 39 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

Il contraente non può né cedere, né costituire in pegno il suo credito nei confronti dell'assicuratore, senza il suo consenso.

Art. 40 Clausola mediatore

Il contraente può delegare un mediatore affinché gestisca i rapporti d'affari con l'assicuratore. In tal caso, i dati sono considerati come ricevuti dal contraente, nel momento in cui sono ricevuti dal mediatore.

Art. 41 Comunicazioni

1. Qualsiasi comunicazione deve essere trasmessa agli indirizzi di posta o elettronici indicati nei documenti ufficiali dell'assicuratore o tramite qualsiasi altro mezzo messo a disposizione dell'assicuratore, ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico che il contraente o l'assicurato ha indicato all'assicuratore. Tali comunicazioni possono essere trasmesse tramite gli altri mezzi messi a disposizione dall'assicuratore.

Art. 42 Luogo di adempimento

Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio e in franchi svizzeri.

Art. 43 Foro competente

In caso di controversia, il contraente, l'assicurato o l'avente diritto può scegliere di rivolgersi ai tribunali del proprio do-

micilio in Svizzera o a quelli della sede dell'assicuratore o a quelli del luogo di lavoro in Svizzera per gli assicurati domiciliati all'estero.

Art. 44 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, il vostro assicuratore, ha delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: il Groupe Mutuel) il trattamento dei dati personali e sensibili del contraente, delle persone assicurate e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate).

Il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA e il Groupe Mutuel Services SA sono società del Groupe Mutuel Holding SA. Esse sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Con l'espressione "dati personali" si intendono in particolare le informazioni relative alle persone interessate, che includono le informazioni relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione "dati sensibili" si intendono in particolare le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e il contraente; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione di fatture non pagate e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi che comporta il trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (ad esempio un riassicuratore) si impegnano a prendere tutte le misure necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati a terzi (ad esempio intermediari assicurativi, riassi-

curatori, medici, aventi diritto, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata), anche all'estero. Tale comunicazione avviene sulla base di obblighi giuridici, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o del consenso degli interessati. Il consenso deve essere dato esplicitamente se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario d'assicurazione e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che l'interessato può avere autorizzato presso terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta agli interessati riferirsi alle politiche di protezione dei dati di tali terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato, o per esercitare i propri diritti rispetto a tale trattamento.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali controversie tra il Groupe Mutuel, l'assicurato, l'intermediario d'assicurazione o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Gli interessati hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva dei trattamenti necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (addetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo: dataprotection@groupemutuel.ch. Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili sul sito Internet del Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.