

Assicurazione collettiva di un'indennità giornaliera in caso di malattia secondo la LCA

edizione 01.09.2016

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 la Mutuel Assicurazioni SA (qui di seguito l'«assicuratore») la cui sede si trova alla Rue des Cèdres 5, Casella postale, CH-1919 Martigny.

Quali sono i rischi assunti dall'assicurazione e qual è la portata della copertura assicurativa?

L'assicurazione copre le conseguenze economiche di un'incapacità derivante da una malattia, termine con cui si intende 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 lavorativa. Le complicazioni legate alla gravidanza sono equiparate a una malattia.

La polizza assicurativa può anche comprendere la copertura d'assicurazione per il rischio infortunio. È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte e sia medicalmente e oggettivamente identificabile.

La polizza assicurativa può allo stesso tempo anche comprendere la copertura d'assicurazione per il versamento di un'indennità complementare in caso di maternità.

La copertura assicurativa concerne l'incapacità lavorativa, vale a dire qualsiasi incapacità dell'assicurato, totale o parziale, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nell'ambito della propria professione o del proprio campo d'attività. In caso d'incapacità lavorativa superiore a sei mesi, 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.

L'assicurato può scegliere tra le due coperture sottostanti.
Variante 1: L'assicuratore versa l'indennità giornaliera convenuta nella polizza per un massimo di 730 giorni, in coordinamento LPP. L'eventuale termine d'attesa è imputato sulla durata delle prestazioni.

Variante 2: L'assicuratore versa l'indennità giornaliera convenuta nella polizza per un massimo di 730 giorni durante un periodo di 900 giorni consecutivi per una o più incapacità. L'eventuale termine d'attesa è imputato sulla durata delle prestazioni.

Tutti i casi di sinistro che si verificano durante la validità della copertura d'assicurazione collettiva sono a carico del contratto collettivo.

Tutti i dettagli relativi alla portata delle prestazioni sono contemplati nelle condizioni generali d'assicurazione.

La data di decorrenza e la data di fine del contratto, i rischi assicurati (malattia, infortunio, maternità), il salario massimo considerato per calcolare le prestazioni, la percentuale del salario assicurato, la variante di copertura e il termine di attesa scelto, nonché le eventuali condizioni particolari sono precisati nella polizza.

A quanto ammontano i tassi di premio?

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

Chi è il contraente e chi sono le persone assicurate?

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

Le persone assicurate possono essere ad esempio:

- i salariati;
- il proprietario di una ragione individuale e i componenti della sua famiglia indicati specificatamente nella polizza;
- i soci, se indicati 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. A tal fine, riceve dei documenti da parte dell'assicuratore.

Il contraente deve altresì informare le persone assicurate sulla

possibilità di mantenere la copertura d'assicurazione in caso di uscita dalla cerchia degli assicurati o quando il contratto cessa.

Il contraente è tenuto altresì ad adempiere le seguenti condizioni:

- notificare le incapacità **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 al momento della 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 (modifica del tipo di azienda o della professione assicurata).

Tutti i dettagli degli obblighi del contraente sono contemplati nelle condizioni generali d'assicurazione.

Quali sono gli obblighi dell'assicurato?

L'assicurato è tenuto ad adempiere le seguenti condizioni:

- consultare un medico autorizzato nel suo studio, al massimo entro tre giorni dall'inizio dell'incapacità;
- collaborare con l'assicuratore e gli altri enti d'assicurazione sociale;
- far di tutto per ridurre il danno;
- informare l'assicuratore prima di effettuare un soggiorno all'estero, nei casi previsti nell'articolo 16 cpv. 3 delle condizioni generali d'assicurazione;
- **in caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione, l'assicurato deve assumere i costi delle ricerche condotte per appurare la sua incapacità e per la gestione dell'incanto.**

Tutti i dettagli degli obblighi dell'assicurato sono contemplati nelle condizioni generali d'assicurazione.

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 soggiorno all'estero nei casi previsti nell'articolo 16 delle condizioni generali d'assicurazione;
- in caso di mancato pagamento dei premi da parte del contraente;
- in caso di riserva;
- per le complicità di un intervento estetico volontario non assunto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- per le conseguenze di atti bellici nei casi previsti nell'articolo 18 cpv. 1 lettera d delle condizioni generali d'assicurazione.

Le limitazioni di copertura sono dettagliate nelle condizioni generali d'assicurazione.

Quando comincia il contratto?

Il contratto è da considerarsi stipulato non appena l'assicuratore notifica che accetta la proposta.

Quando finisce il contratto?

Il contraente può mettere fine al contratto tramite disdetta nelle seguenti situazioni:

- alla scadenza del contratto indicata nella polizza, con preavviso scritto 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 adegua i premi. In questo caso, la disdetta deve essere recapitata all'assicuratore entro la fine dell'anno civile;
- se l'assicuratore non ha rispettato il proprio dovere legale di informare conformemente all'articolo 3 LCA. Il diritto di disdire decade dopo quattro settimane da quando l'assicurato è venuto a conoscenza dell'inosservanza, ma al massimo un anno dopo la violazione.

L'assicurazione finisce altresì:

- in caso di cessazione dell'attività lucrativa o all'apertura della procedura di fallimento dell'azienda assicurata;
- in caso di mancato pagamento dei premi;
- in caso di trasferimento all'estero della sede o del domicilio del contraente.

L'assicuratore può mettere fine al contratto tramite disdetta nelle seguenti situazioni:

- alla scadenza del contratto indicata nella polizza, con preavviso scritto di tre mesi. Se il contratto non è disdetto, è rinnovato tacitamente per un ulteriore anno;
- se il contraente ha omesso 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.

Nelle liste soprastanti sono indicate 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?

Per ogni assicurato, la copertura d'assicurazione inizia il giorno in cui entra in vigore il proprio contratto di lavoro, ma in ogni caso non prima della data di entrata in vigore della polizza.

Quando finisce la copertura d'assicurazione?

Per ogni assicurato, la copertura d'assicurazione finisce:

- alla fine del contratto di lavoro;
- in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 21 delle presenti condizioni generali d'assicurazione;
- alla fine del contratto d'assicurazione o dalla data di sospensione;
- alla fine del mese durante il quale compie 70 anni;
- alla fine della copertura d'assicurazione LAINF per i lavoratori distaccati.

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;
- alla fine dei rapporti di lavoro di una durata massima di tre mesi;
- in caso di disdetta della polizza, con riserva del caso in corso non ripreso da un altro assicuratore

Come l'assicuratore tratta i dati?

L'assicuratore tratta i dati personali del contraente e delle persone assicurate, in particolare i dati relativi al contratto, alla riscossione dei premi e ai sinistri, con tutta la dovuta riservatezza. La loro trasmissione a terzi è autorizzata soltanto nei casi eccezionali previsti per legge.

I dati di persone che soggiornano all'estero possono anch'essi essere trasmessi a partner siti all'estero. Tali dati sono trattati soprattutto allo scopo di valutare il rischio, di gestire la polizza, di calcolare il premio e di trattare i casi di sinistro. Il contraente e gli assicurati autorizzano l'assicuratore e i suoi delegati a trattare i dati necessari in relazione con i suoi contratti d'assicurazione presso assicuratori e/o società affiliate al o amministrate dal Groupe Mutuel. Tali dati sono conservati in formato cartaceo e/o elettronico.

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

PC

PCAM03-I3 – edizione 01.09.2016

Indice

A. Generalità

- Art. 1** Oggetto dell'assicurazione
Art. 2 Basi giuridiche del contratto
Art. 3 Definizioni

B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 4** Polizza d'assicurazione
Art. 5 Persone assicurate
Art. 6 Coperture d'assicurazione
Art. 7 Adesione con valutazione del rischio

C. Inizio e fine del contratto

- Art. 8** Inizio e fine del contratto
Art. 9 Disdetta su sinistro
Art. 10 Frodi nelle giustificazioni

D. Copertura d'assicurazione

- Art. 11** Inizio e fine della copertura d'assicurazione e del diritto alle prestazioni
Art. 12 Passaggio nell'assicurazione individuale

E. Indennità giornaliera

- Art. 13** Prestazioni assicurate
Art. 14 Congedo non remunerato
Art. 15 Indennità in caso di decesso
Art. 16 Prestazioni all'estero

- Art. 17** Incapacità causata per colpa
Art. 18 Limitazione del diritto alle prestazioni

F. Indennità complementare in caso di maternità

- Art. 19** Prestazioni assicurate

G. Perdita di guadagno addizionale

- Art. 20** Estensione della copertura

H. Premi

- Art. 21** Pagamento dei premi
Art. 22 Adeguamento del tasso di premio
Art. 23 Conteggio dei premi
Art. 24 Partecipazione alle eccedenze

I. Altre disposizioni

- Art. 25** Obblighi del contraente
Art. 26 Obblighi dell'assicurato
Art. 27 Prestazioni di terzi
Art. 28 Sovraindennizzo
Art. 29 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
Art. 30 Clausola mediatore
Art. 31 Comunicazioni
Art. 32 Giurisdizione
Art. 33 Foro competente

A. Generalità

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicuratore che assume il rischio è indicato nella polizza. Questo accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un'incapacità derivante da malattia o da infortunio e per il congedo a seguito del parto, conformemente alle definizioni delle presenti condizioni d'assicurazione, a condizione che tali rischi siano inclusi nella polizza.

Art. 2 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite:

- dalle presenti condizioni generali d'assicurazione, dalle eventuali condizioni complementari o particolari, dalle disposizioni della polizza e dalle eventuali clausole addizionali.

- dalle dichiarazioni scritte nella proposta, dalle altre dichiarazioni scritte del contraente e degli assicurati e dai rispettivi questionari sullo stato di salute.
- dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).
- dalla legge sulla protezione dei dati (LPD) alla quale l'assicuratore si attiene per il trattamento dei dati.

Art. 3 Definizioni

- LAVS: Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
LAI: Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità
LPP: Legge federale 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 per chi presta servizio e in caso di maternità
LAFam: Legge federale sugli assegni familiari
LADI: Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza
CO: Codice delle obbligazioni

2. Danno alla salute
Il danno alla salute include la malattia e/o l'infortunio.
3. 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.
4. Infortunio
È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte e sia medicalmente e oggettivamente identificabile. 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.
5. Congedo maternità
Il congedo maternità è un periodo ininterrotto che decorre dalla data del parto e si conclude alla fine della durata più estesa prevista tra quella fissata nella LIPG e quella della legge cantonale applicabile.
6. Incapacità
Salvo diversa indicazione, il termine incapacità concerne tanto l'incapacità lavorativa quanto l'incapacità di guadagno.
7. Incapacità lavorativa
È considerata incapacità lavorativa qualsiasi incapacità dell'assicurato, totale o parziale, derivante da un danno alla sua salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nell'ambito della propria professione o del proprio campo d'attività. In caso d'incapacità lavorativa di lunga durata prevedibile, superiore a sei mesi, il diritto alle prestazioni dipende dall'incapacità al guadagno.
8. 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 professione 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.
9. Caso d'assicurazione
È considerato caso d'assicurazione il verificarsi di un'in-

capacità che dà diritto a prestazioni e che è causata da uno o più danni alla salute.

10. Ricaduta / nuovo caso d'assicurazione
È considerata ricaduta un'incapacità medicalmente connessa a un caso anteriore. La ricaduta è considerata come nuovo caso d'assicurazione soltanto se insorge dopo un termine di 365 giorni dalla fine del diritto alle prestazioni del caso d'assicurazione anteriore.
11. Lavoratore distaccato
È considerato lavoratore distaccato l'assicurato che lavora all'estero per un datore di lavoro svizzero e l'assicurato che soggiorna all'estero per seguire una formazione e continua ad essere remunerato dal proprio datore di lavoro svizzero.

B. Estensione dell'assicurazione

Art. 4 Polizza d'assicurazione

I rischi assicurati, il salario massimo considerato per calcolare le prestazioni, la percentuale del salario assicurato, la durata delle prestazioni e le eventuali condizioni particolari sono precisati nella polizza.

Art. 5 Persone assicurate

1. La cerchia delle persone assicurate è indicata nella polizza.
2. Le persone assicurate possono essere ad esempio:
 - i salariati;
 - il proprietario di una ragione individuale e i componenti della sua famiglia indicati specificatamente nella polizza;
 - i soci se indicati nella polizza.
3. Salvo accordo espresso indicato nella polizza, le persone totalmente o parzialmente inabili al lavoro al momento dell'entrata in vigore della polizza, rispettivamente all'inizio del rapporto di lavoro, non sono assicurate. Lo saranno non appena riacquisteranno, per almeno 30 giorni, la totale capacità lavorativa. La convenzione di libero passaggio è riservata.
4. Le persone che percepiscono una rendita d'invalidità sono assicurate per il guadagno che ricavano dalla capacità di lavoro residua che utilizzano concretamente e a lungo termine. Le disposizioni della copertura addizionale sono riservate per i casi in cui si è esaurito il diritto alle prestazioni.

Art. 6 Coperture d'assicurazione

1. Tutti i casi di sinistro che si verificano durante la validità della copertura d'assicurazione collettiva sono a carico del contratto collettivo.
2. Il contraente può scegliere tra due coperture:
 - a. Variante 1
Le prestazioni sono corrisposte per ogni caso d'assicurazione per una durata massima di 730 giorni (in coordinamento LPP).
 - b. Variante 2
La durata massima del diritto alle prestazioni è di 730 giorni durante un periodo di 900 giorni consecutivi per una o più incapacità.

Art. 7 Adesione con valutazione del rischio

Se previsto nella proposta o nella polizza, può essere richiesto un esame medico.

C. Inizio e fine del contratto

Art. 8 Inizio e fine del contratto

1. Entrata in vigore
La data d'entrata in vigore del contratto è indicata nella polizza, così come la data di scadenza fissata al 31 dicembre di un anno civile.
2. Rinnovo tacito del contratto
Alla scadenza del contratto e salvo notifica di disdetta ricevuta per raccomandata al massimo entro il 30 settembre dell'anno civile, il contratto è prolungato tacitamente di anno in anno.
3. Fine del contratto
Il contratto finisce:
 - a. in caso di cessazione dell'attività lucrativa o all'apertura della procedura di fallimento dell'azienda assicurata;
 - b. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 21 cpv. 7 delle presenti condizioni generali;
 - c. in caso di trasferimento all'estero della sede o del domicilio del contraente;
 - d. in caso di disdetta da parte del contraente o dell'assicuratore;
 - e. in caso di disdetta a seguito di un aumento dei premi ai sensi dell'articolo 22 delle presenti condizioni generali;
 - f. se l'assicuratore non adempie al proprio obbligo di informare secondo l'articolo 3 LCA.

Art. 9 Disdetta su sinistro

1. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore ha corrisposto una prestazione, il contraente ha il diritto di disdire il contratto al massimo entro 14 giorni dalla data in cui è venuta a conoscenza del pagamento dell'indennità. Se il contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti non appena 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.

Art. 10 Frodi nelle giustificazioni

Se il contraente ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti a danno dell'assicuratore, la polizza può essere annullata o disdetta.

D. Copertura d'assicurazione

Art. 11 Inizio e fine della copertura d'assicurazione e del diritto alle prestazioni

1. 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 in ogni caso non prima dell'entrata in vigore della polizza.
2. Fine della copertura d'assicurazione
Per ogni assicurato, la copertura d'assicurazione finisce:
 - a. alla fine del contratto di lavoro;
 - b. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 21 delle presenti condizioni generali d'assicurazione;
 - 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.
3. 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 del diritto massimo alle prestazioni;
 - c. alla fine del mese durante il quale l'assicurato compie 70 anni;
 - d. alla fine dei rapporti di lavoro di una durata massima di tre mesi;
 - e. in caso di disdetta della polizza, con riserva del caso in corso non ripreso da un altro assicuratore.

Art. 12 Passaggio nell'assicurazione individuale

1. L'assicurato domiciliato in Svizzera che non appartiene più alla cerchia degli assicurati gode del diritto di mantenere la propria copertura nell'assicurazione individuale senza nuove riserve. Deve far valere tale diritto entro 90 giorni dalla data in cui esce dalla cerchia degli assicurati. Gode degli stessi diritti e ha gli stessi obblighi in caso di disdetta della polizza, con riserva dell'articolo 12 capoverso 6 delle presenti condizioni.
2. Il frontaliere che non appartiene più alla cerchia degli assicurati gode del diritto di mantenere la propria copertura nell'assicurazione individuale senza nuove riserve viene considerato alla stessa stregua dell'assicurato domiciliato in Svizzera, a condizione che continui ad esercitare un'attività remunerata in Svizzera. Deve far valere tale diritto entro 90 giorni dalla data in cui esce dalla cerchia degli assicurati. Gode degli stessi diritti e ha gli stessi obblighi in caso di disdetta della polizza, per l'incapacità in corso, con riserva dell'articolo 12 capoverso 6 delle presenti condizioni.
3. Nel momento del passaggio, l'assicuratore garantisce una copertura a concorrenza dell'importo dell'indennità giornaliera, del termine di attesa e della durata delle pre-

- stazioni previsti nella polizza collettiva. L'indennità giornaliera è ridotta proporzionalmente se il nuovo reddito o se l'indennità di disoccupazione è inferiore.
4. Si applicano le tariffe e le condizioni generali dell'assicurazione individuale in vigore.
 5. Per calcolare il premio è determinante l'età al momento dell'adesione all'assicurazione collettiva.
 6. Il diritto al passaggio in qualità di membro individuale non sussiste:
 - a. in caso di disdetta della polizza d'assicurazione collettiva e di ripresa della stessa 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 membri delle loro famiglie non soggetti all'AVS;
 - c. per le persone che hanno un contratto di lavoro di una durata massima di tre mesi e per il personale ausiliario assunto occasionalmente;
 - d. se l'assicurato lascia il proprio posto di lavoro e passa nell'assicurazione di indennità giornaliera di un nuovo datore di lavoro;
 - e. per gli assicurati che hanno raggiunto l'età ordinaria di pensionamento AVS o che sono andati in prepensionamento

E. Indennità giornaliera

Art. 13 Prestazioni assicurate

1. Incapacità parziale
 - a. L'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al tasso d'incapacità che deve essere di almeno il 25%. I giorni d'incapacità inferiori a tale tasso non sono considerati per calcolare la durata delle prestazioni e il termine d'attesa.
 - b. I giorni d'incapacità parziale indennizzati sono considerati come giorni interi.
2. Notifica dell'incapacità
 - a. Qualsiasi incapacità totale o parziale 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 dell'incapacità.
 - b. Se la notifica avviene in ritardo per motivi giustificabili, il versamento delle indennità giornaliera è limitato a 180 giorni precedenti il giorno della notifica.
3. 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 certificato come primo giorno d'incapacità.
 - b. L'assicuratore paga l'incapacità medicalmente attestata e comprovata. Un attestato del medico, basato su regolari consultazioni in studio, deve essere trasmesso all'assicuratore almeno una volta al mese.
4. Diritto alle prestazioni durante il congedo maternità

L'obbligo di corrispondere le prestazioni è sospeso durante il congedo maternità, con riserva di un'indennità giornaliera complementare alle indennità per perdita di guadagno in caso di maternità.

5. Assicurazione danni/somma

Salvo diversa ed espressa disposizione, le indennità giornaliera rientrano tra le prestazioni dell'assicurazione di danno.
6. Diritto alle prestazioni al raggiungimento dell'età ordinaria di pensionamento AVS

Dopo raggiungimento dell'età ordinaria di pensionamento AVS, le persone che fanno ancora parte della cerchia di assicurati hanno diritto a 180 indennità giornaliera per una o più incapacità. Tuttavia, se un'incapacità inizia prima del raggiungimento dell'età ordinaria di pensionamento AVS e a condizione che il mantenimento del contratto di lavoro sia stato deciso prima dell'incapacità, il diritto massimo dopo raggiungimento dell'età ordinaria di pensionamento AVS è limitato al saldo delle prestazioni previste nella polizza, se questo è inferiore a 180 giorni.
7. Esaurimento del diritto

L'assicurato non può rinunciare all'indennità giornaliera per impedire l'esaurimento del proprio diritto all'indennità giornaliera. In questo caso, l'assicuratore corrisponde le prestazioni in base alla valutazione dell'incapacità effettuata dal medico di fiducia.
8. Calcolo dell'indennità giornaliera
 - a. L'indennità giornaliera assicurata è calcolata sulla base della dichiarazione del datore di lavoro effettuata tramite i moduli messi a disposizione dall'assicuratore. Gli assegni familiari sono presi in considerazione se non sono più percepiti da un avente diritto.
 - b. Se l'indennità è espressa in % del salario, essa è calcolata per i salari orari e per i salari mensili, ma al massimo conformemente a quanto previsto dal contratto collettivo, nel seguente modo:

Salario orario:
Salario orario di base lordo (eventualmente con la 13a 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 13a mensilità) diviso per 365 giorni (incluso l'anno bisestile) moltiplicato per la percentuale della copertura stabilita.
9. Fluttuazioni salariali

Se il reddito è soggetto a forti fluttuazioni (ad esempio, remunerazione alla commissione o lavoro ausiliario irregolare o impiegato temporaneo), l'indennità giornaliera è determinata dividendo per 365 il salario percepito durante gli ultimi 12 mesi precedenti l'incapacità.
10. Aumento del salario

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.
11. 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 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 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.
- e. Il termine di attesa è imputato sulla durata delle prestazioni.

Art. 14 Congedo non remunerato

1. Prima della partenza dell'assicurato, il datore di lavoro deve comunicare per iscritto all'assicuratore il periodo di congedo non pagato definito contrattualmente, se questo supera la durata di un mese. La durata massima di copertura è di dodici mesi. In caso contrario, la copertura è sospesa.
2. Il diritto alle prestazioni comincia nuovamente a decorrere il giorno previsto di ripresa dell'attività lavorativa. Il termine d'attesa comincia il primo giorno dell'incapacità.

Art. 15 Indennità in caso di decesso

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

Art. 16 Prestazioni all'estero

1. Con riserva del capoverso 3, durante un soggiorno all'estero, rispettivamente al di fuori della zona del domicilio per i frontalieri (raggio di 100 km), le prestazioni non sono corrisposte. Le prestazioni sono nuovamente erogate dal rientro in Svizzera dell'assicurato, debitamente attestato, rispettivamente nella zona del domicilio per i frontalieri. Tuttavia, le prestazioni sono corrisposte durante il periodo dell'ospedalizzazione se non è possibile effettuare un rimpatrio.
2. I lavoratori distaccati hanno diritto alle prestazioni finché beneficiano di una copertura secondo la LAINF, ma al massimo per sei anni e, poi, dal rientro in Svizzera.
3. Durante l'incapacità lavorativa, l'assicurato che desidera recarsi all'estero, rispettivamente il frontaliere che desidera assentarsi dalla zona di domicilio (raggio di 100 km), deve informarne prima l'assicuratore. Quest'ultimo si riserva allora il diritto di continuare a versare le indennità giornaliera per un soggiorno limitato e dopo aver valutato le circostanze. Senza l'accordo dell'assicuratore, le prestazioni durante il soggiorno sono rifiutate.

Art. 17 Incapacità causata per colpa

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

Art. 18 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 tentativo di 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 e di atti temerari ai sensi della LAINF;
 - b. se il contraente o l'assicurato non rispetta gli obblighi previsti negli articoli 25 e 26 delle presenti condizioni generali;
 - 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 giornaliera sono sospese fino al giorno in cui inoltra la domanda.

F. Indennità complementare in caso di maternità

Art. 19 Prestazioni assicurate

Tale copertura è accordata se sottoscritta nella polizza.

1. L'indennità complementare in caso di maternità è subordinata al diritto alle prestazioni maternità federali secondo la LIPG o alle prestazioni cantonali.
2. Le coperture e la durata dell'indennità complementare in caso di maternità sono definite nella polizza.
3. Le prestazioni maternità federali secondo la LIPG e/o cantonali sono detratte dall'importo che l'assicuratore deve versare.

G. Perdita di guadagno addizionale

Art. 20 Estensione della copertura

1. Se sottoscritta nella polizza, la perdita di guadagno addizionale assicura il guadagno ottenuto grazie alla capacità lavorativa che l'assicurato utilizza concretamente e a lungo termine nell'azienda, dopo aver esaurito il proprio diritto alle prestazioni per un caso d'assicurazione. L'assicurato gode allora per questo stesso caso d'assicurazione 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 imputato sui 180 giorni.
3. L'assicurato ha diritto alle prestazioni della copertura addizionale una sola volta.
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 della copertura principale prevista nella polizza nel senso dell'articolo 6 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.

H. Premi

Art. 21 Pagamento dei premi

1. Il contraente è il debitore dei premi.
2. Salvo accordo espresso indicato nella polizza, il tasso dei premi è fissato per anno civile.
3. Il premio deve essere pagato entro il termine indicato nella polizza.
4. Il premio provvisorio può essere adeguato in qualsiasi momento dall'assicuratore.
5. 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.
6. 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.

- I sinistri che si verificano durante il periodo di sospensione non sono coperti.
 - Per i sinistri in corso, il versamento delle prestazioni ricomincia alla data in cui sono saldati i premi arretrati.
7. Se l'assicuratore non richiede tramite procedimento esecutivo il pagamento del premio arretrato in questione e le spese nei due mesi successivi alla scadenza del termine di 14 giorni, il contratto è considerato come disdetto.
 8. Durante il periodo di sospensione, i giorni d'incapacità sono imputati sulla durata del diritto alle prestazioni.

Art. 22 Adeguamento del tasso di premio

1. Salvo accordo espresso 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.
2. Il tasso di premio può essere adeguato in caso di realizzazione di nuove situazioni (fusione, scissione, incorporazione ecc.) e in caso di modifica considerevole della cerchia delle persone assicurate, a condizione che la massa salariale vari all'incirca del 10 per cento.
3. L'assicuratore comunica al contraente il nuovo tasso al massimo 25 giorni prima della fine dell'anno in corso.
4. Le modifiche sono considerate approvate se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta per raccomandata prima della fine dell'anno civile.

Art. 23 Conteggio dei premi

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 25 delle presenti condizioni d'assicurazione.

Art. 24 Partecipazione alle eccedenze

1. Il contraente riceve la quota convenuta dell'eventuale eccedenza secondo le disposizioni previste nella polizza.
2. Il conteggio è effettuato non prima di cinque mesi dopo la fine del periodo di conteggio, ma solo dopo la liquidazione e l'indennizzo di tutti i sinistri verificatisi durante tale periodo.
3. 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.
4. 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.
5. Al momento del calcolo della partecipazione alle eccedenze, tutti i casi di sinistri verificatisi durante la copertura d'assicurazione collettiva sono imputati a carico del contratto collettivo.

6. I premi e le prestazioni relative all'indennità complementare in caso di maternità non sono presi in considerazione nel calcolo della partecipazione alle eccedenze.

I. Altre disposizioni

Art. 25 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 assicurativa quando non rientrano più nella cerchia delle persone assicurate o quando il contratto prende fine.
2. In virtù del dovere di informare (articolo 3 LCA) è altresì tenuto a informare gli assicurati sugli elementi essenziali del contratto.
3. Qualsiasi incapacità totale o parziale deve essere notificata all'assicuratore entro 15 giorni dal suo insorgere. Trascorso tale termine, il giorno in cui l'assicuratore viene a conoscenza dell'incapacità è considerato come primo giorno d'incapacità.
4. Il contraente deve comunicare immediatamente all'assicuratore la fine dei rapporti di lavoro dell'assicurato in incapacità.
5. Quando è effettuata 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 con l'estratto dei salari non perviene all'assicuratore entro 30 giorni dalla sua richiesta, questo intima al contraente di farlo. Se la diffida resta senza effetto, l'assicuratore procederà lui stesso ad una fatturazione d'ufficio, maggiorando il premio annuo dell'esercizio precedente. L'articolo 21 delle presenti condizioni d'assicurazione 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 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 (modifica del tipo di azienda o della professione assicurata).

Art. 26 Obblighi dell'assicurato

1. Durante l'incapacità, l'assicurato deve rimanere raggiungibile dall'assicuratore per controlli amministrativi e medici (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, deci-

sioni 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 nel suo studio un medico autorizzato e seguirne le prescrizioni.
9. **In caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione, l'assicurato dovrà assumere i costi delle ricerche effettuate per verificare la sua incapacità e per la gestione dell'incarto.**

Art. 27 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 sussidiariamente la perdita di salario/guadagno, il totale delle prestazioni versate non può essere superiore alla perdita subita. Per questo motivo, l'assicuratore versa la perdita di salario/guadagno in proporzione all'indennità giornaliera che assicura rispetto al totale delle indennità giornaliere 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 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 prestazioni contrattuali corrispondenti sono ridotte in proporzione.

6. L'assicuratore anticipa le prestazioni perdita di guadagno finché l'assicurazione per l'invalidità (AI), l'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (LAM), la previdenza professionale (LPP) o un assicuratore estero o privato non definiscono 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 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 giornaliere sono state versate dai precedenti assicuratori è imputato sulla durata massima del diritto alle prestazioni dell'assicurazione collettiva.

Art. 28 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, deve essere rimborsato all'assicuratore.

Art. 29 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. 30 Clausola mediatore

Se il contraente delega un mediatore, costui gestisce i rapporti contrattuali con l'assicuratore. Trasmette tutte le comunicazioni, le domande e le risposte, eccetto i pagamenti, di ognuna delle parti all'altra. I dati sono considerati come ricevuti dal contraente, nel momento in cui sono ricevuti dal mediatore.

Art. 31 Comunicazioni

1. Qualsiasi comunicazione deve essere indirizzata all'amministrazione generale dell'assicuratore o a una delle sue agenzie ufficiali.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente inviate all'ultimo indirizzo indicato all'assicuratore dal contraente o dall'assicurato.

Art. 32 Giurisdizione

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

Art. 33 Foro competente

In caso di controversia, il contraente, l'assicurato o l'avente diritto può scegliere di rivolgersi ai tribunali del proprio domicilio in Svizzera o a quelli della sede dell'assicuratore o a quelli del luogo di lavoro in Svizzera per gli assicurati domiciliati all'estero.