

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

BE

BEGM02-I11 – edizione 01.01.2011

Indice

A. Generalità

- Art. 1** Oggetto dell'assicurazione
Art. 2 Basi giuridiche del contratto
Art. 3 Inizio della copertura
Art. 4 Certificato d'assicurazione

B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 5** Copertura d'assicurazione
Art. 6 Persone assicurate
Art. 7 Durata delle prestazioni
Art. 8 Adesione all'assicurazione collettiva
Art. 9 Adesione con esame del rischio
Art. 10 Inizio e fine del contratto
Art. 11 Inizio e fine della copertura d'assicurazione
Art. 12 Passaggio all'assicurazione individuale

C. Prestazioni assicurate

- Art. 13** Prestazioni
Art. 14 Accordi bilaterali e prestazioni all'estero
Art. 15 Limitazione della copertura d'assicurazione
Art. 16 Riserva medica

D. Indennità giornaliera in caso di maternità

- Art. 17** Prestazioni

E. Perdita di guadagno addizionale

- Art. 18** Estensione della copertura
Art. 19 Copertura d'assicurazione
Art. 20 Passaggio all'assicurazione individuale
Art. 21 Premio
Art. 22 Disposizioni complementari

F. Premi

- Art. 23** Pagamento dei premi
Art. 24 Adeguamento del tasso di premio
Art. 25 Conteggio del premio
Art. 26 Partecipazione alle eccedenze

G. Disposizioni diverse

- Art. 27** Obblighi del contraente
Art. 28 Obblighi dell'assicurato
Art. 29 Prestazioni di terzi
Art. 30 Sovraindennizzo / sovrassicurazione
Art. 31 Compensazione
Art. 32 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
Art. 33 Comunicazioni
Art. 34 Entrata in vigore e modifica delle condizioni generali

Le condizioni generali, la LPGa, la LAMal e le ordinanze appropriate completano le disposizioni delle presenti condizioni particolari.

A. Generalità

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicuratore indicato nel contratto copre le conseguenze economiche di un'incapacità lavorativa derivante da malattia, maternità e infortunio, a condizione che tali rischi siano inclusi nel contratto.

Art. 2 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite da:

1. il diritto federale e internazionale. In particolare, l'assicuratore è soggetto alla legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), ai suoi allegati e alla sua ordinanza, nonché alla legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e alle sue ordinanze d'applicazione;

2. il diritto cantonale;
3. gli statuti;
4. le presenti condizioni generali d'assicurazione, le eventuali condizioni complementari o particolari e le disposizioni del contratto e delle sue eventuali clausole addizionali;
5. le dichiarazioni scritte nella proposta, le altre dichiarazioni scritte dal contraente e dagli assicurati e i rispettivi questionari medici.

Art. 3 Inizio della copertura

La copertura inizia a produrre i propri effetti dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione, indicata nel contratto o nel certificato.

Art. 4 Certificato d'assicurazione

Se il proponente è ammesso sulla base di un questionario medico, l'assicuratore emette un certificato d'assicurazione con indicati i rami d'assicurazione sottoscritti e la data di entrata in vigore.

B. Estensione dell'assicurazione

Art. 5 Copertura d'assicurazione

1. L'assicuratore garantisce automaticamente i rischi malattia e maternità, salvo disposizioni contrattuali contrarie.
2. Il rischio infortunio è coperto solo se espressamente previsto nel contratto. L'estensione delle prestazioni in caso d'infortunio è la stessa che per la malattia.
3. Le malattie professionali e le lesioni corporee equiparate ad un infortunio ai sensi della LAINF e i loro postumi sono esclusivamente assunti dalla copertura infortunio.
4. L'assicuratore versa le indennità giornaliere fino a concorrenza della copertura prevista nel contratto, basata su un salario annuo massimo di Fr. 250'000.– a persona.

Art. 6 Persone assicurate

1. La cerchia delle persone assicurate è indicata nel contratto.
2. Le persone che hanno esaurito il loro diritto alle prestazioni di un'assicurazione d'indennità giornaliera (salvo condizioni della perdita di guadagno addizionale: articoli 18 a 22 CGA) e il personale dato in prestito al contraente da imprese terze non possono aderire a un contratto d'indennità giornaliera.
3. Le persone che sono totalmente o parzialmente inabili al lavoro a causa di un danno alla salute, al momento dell'entrata in vigore del contratto collettivo, sussidiariamente all'inizio del rapporto di lavoro, non sono assicurate. Lo saranno non appena riacquisteranno, per almeno un mese, la totale capacità lavorativa. Le convenzioni di libero passaggio sono riservate.

Art. 7 Durata delle prestazioni

1. L'indennità giornaliera è versata per una o più incapacità lavorative per 730 giorni nell'arco di 900 giorni.
2. I termini d'attesa a carico del datore di lavoro sono imputati sulla durata del diritto alle prestazioni.
3. Sono imputati sulla durata delle prestazioni i giorni durante i quali gli assicurati hanno ricevuto delle indennità giornaliere dall'assicuratore da cui escono.

Art. 8 Adesione all'assicurazione collettiva

1. Se al momento della stipulazione del contratto d'assicurazione collettiva l'impresa ha meno di cinque dipendenti, il contratto è stipulato previo esame del rischio anche per le persone che aderiscono dopo la data d'entrata in vigore.
2. Se al momento della stipulazione del contratto d'assicurazione collettiva l'impresa ha cinque dipendenti o più, l'esame del rischio non è necessario.
3. Per le persone nominatamente designate nel contratto è necessario un esame del rischio.

Art. 9 Adesione con esame del rischio

1. Ogni persona soggetta all'esame del rischio deve compilare un questionario sullo stato di salute. Un esame medico è riservato.
2. La persona da assicurare autorizza il personale medico a fornire al servizio del medico di fiducia dell'assicuratore le informazioni necessarie all'esame della proposta d'assicurazione.
3. In funzione dello stato di salute della persona da assicurare, l'assicuratore può accettarlo a condizioni particolari (riserva).
4. Al momento dell'entrata in vigore del contratto collettivo, le riserve emesse dall'assicuratore precedente sono mantenute fino alla scadenza del termine iniziale.

Art. 10 Inizio e fine del contratto

1. La data d'entrata in vigore è indicata nel contratto, come pure la data di scadenza, fissata al 31 dicembre di un anno civile.
2. Alla scadenza del contratto, e salvo notifica di disdetta all'assicuratore al massimo entro il 30 settembre dell'anno civile, il contratto è prolungato tacitamente di anno in anno. La disdetta deve essere inviata per lettera raccomandata. Rimangono riservati gli articoli 23 cpv. 5 e 24 cpv. 4 delle presenti condizioni.
3. In caso di cessazione dell'attività, la disdetta è accettata per la fine del mese corrispondente. L'assicuratore deve essere informato dei fatti entro 30 giorni dalla chiusura dell'azienda o dalla dichiarazione di fallimento.
4. Il contratto può essere disdetto (esclusione) se il contraente o l'assicurato ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti a danno dell'assicuratore.
5. In qualità di assicurato individuale, la copertura d'assicurazione può essere disdetta per la fine di un mese con preavviso di un mese. La notifica di disdetta deve essere inviata per raccomandata ed entro i termini prescritti.

Art. 11 Inizio e fine della copertura d'assicurazione

1. La copertura assicurativa inizia per ogni assicurato il giorno in cui comincia a lavorare al servizio dell'azienda, ma in ogni caso non prima dell'entrata in vigore del contratto.
2. Con riserva del diritto al libero passaggio delle lettere a., b. e i., la copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano per ogni assicurato:
 - a. quando l'assicurato non fa più parte della cerchia degli assicurati,
 - b. quando il contratto è disdetto,
 - c. quando si interrompe il lavoro volontariamente e non si ha diritto al salario,
 - d. quando l'assicurato decede,
 - e. quando si esaurisce il diritto alle prestazioni,
 - f. alla fine del mese in cui l'assicurato raggiunge l'età di 65 anni o va in pensione anticipata,
 - g. alla fine dell'incapacità lavorativa del frontaliere in qualità di assicurato individuale, con riserva dell'esaurimento del diritto alle prestazioni,
 - h. quando il termine quadro o il diritto alle prestazioni di disoccupazione è esaurito,

- i. a partire dalla dichiarazione di fallimento dell'azienda,
- j. in caso di esclusione.

Art. 12 Passaggio all'assicurazione individuale

1. Le riserve già esistenti nell'assicurazione collettiva sono mantenute per gli assicurati che passano all'assicurazione individuale.
2. Le indennità giornaliere versate nell'ambito dell'assicurazione collettiva sono detratte dalla copertura di cui beneficia l'assicurato a titolo individuale.
3. Il diritto al passaggio all'assicurazione individuale non sussiste quando l'assunzione della persona da assicurare non rispetta le regole della buona fede.

C. Prestazioni assicurate

Art. 13 Prestazioni

Condizioni

1. L'indennità giornaliera è versata a partire da un'incapacità di lavoro del 25%. Tale disposizione non si applica ai disoccupati.
2. L'indennità giornaliera è calcolata sulla base del salario in vigore al momento dell'incapacità lavorativa, conformemente alla notifica fatta dal datore di lavoro tramite il modulo messo a sua disposizione dall'assicuratore.
3. L'incapacità lavorativa delle persone parzialmente invalide o disabili si calcola in funzione del grado dell'incapacità di continuare ad esercitare la loro attuale attività.
4. In caso d'incapacità di lavoro totale o parziale di un assicurato, il datore di lavoro deve informarne l'assicuratore entro 7 giorni dall'inizio dell'interruzione del lavoro, tramite un certificato medico rilasciato da un medico riconosciuto. Tuttavia, per i periodi di attesa di 30 giorni e più, l'obbligo d'informare l'assicuratore è di 15 giorni dall'inizio dell'interruzione del lavoro. Se il certificato medico di notifica del sinistro (certificato iniziale) è trasmesso all'assicuratore dopo questo termine, il giorno di ricevimento è considerato come primo giorno d'incapacità lavorativa e il periodo d'attesa scelto comincia a decorrere da tale data. Il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste a partire da questo termine.
5. Se il certificato iniziale è stato emesso più di 3 giorni dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa, l'assicuratore si riserva il diritto di considerare il giorno di rilascio del certificato come primo giorno d'incapacità.
6. In caso di decesso del dipendente in seguito ad un'incapacità lavorativa che dà diritto a prestazioni perdita di guadagno per malattia, l'assicuratore versa al datore di lavoro l'indennità giornaliera nei limiti del diritto alle prestazioni e delle disposizioni dell'articolo 338 CO.

Calcolo dell'indennità giornaliera

7. Se l'indennità è espressa in franchi fissi, l'assicuratore versa l'indennità convenuta, con riserva del sovraindennizzo o della sovrassicurazione.
8. Se l'indennità è espressa in % del salario, è calcolata per i salari orari e per i salari mensili, ma al tetto massimo previsto dalla convenzione collettiva, nel seguente modo:

Salario orario:

- Salario orario di base lordo (eventualmente con la 13a mensilità)
per
media del numero di ore settimanali o annue
per
52 settimane (se numero di ore settimanali)
diviso
365 giorni (anche per l'anno bisestile)
per
percentuale fissata della copertura.

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
per
12 mesi (o 13 mesi se 13a mensilità)
diviso
365 giorni (anche per l'anno bisestile)
per
percentuale fissata della copertura.

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

Versamento

10. L'indennità giornaliera dovuta è versata per ogni giorno d'incapacità lavorativa (domenica e giorni festivi compresi).
11. In caso d'incapacità lavorativa parziale, l'indennità giornaliera è versata in proporzione al grado d'incapacità lavorativa.
12. L'indennizzo dell'incapacità lavorativa potrà essere versato solo al ricevimento di un certificato intermedio o finale (ripresa del lavoro). Il certificato intermedio deve essere inviato all'assicuratore una volta al mese. Al ricevimento del certificato medico intermedio, l'assicuratore indennizzerà l'assicurato solo fino alla data di emissione del certificato rilasciato dal prestatore o al massimo fino alla fine del mese in corso.
13. Se le prestazioni perdita di guadagno dei dipendenti sono direttamente versate al datore di lavoro, quest'ultimo le versa agli assicurati tramite i salari.

Termine d'attesa

14. L'indennità giornaliera assicurata è versata dopo la scadenza del termine d'attesa scelto. Per il calcolo del termine d'attesa, i giorni d'incapacità lavorativa parziale sono considerati come giorni interi.
15. Il termine d'attesa si applica ad ogni incapacità lavorativa, salvo se si tratta di un caso di ricaduta, con riserva dell'applicazione del rimanente termine d'attesa. Qualsiasi ricaduta derivante da una stessa affezione che si verifica in un termine superiore a 180 giorni comporta una nuova imputazione del termine d'attesa.
16. Se il contratto prevede un termine d'attesa annuo, questo si applica una sola volta per anno civile e può essere accumulato su diversi periodi d'incapacità di lavoro, a prescindere dal fatto che si tratti o meno di una ricaduta.

In caso d'incapacità lavorativa continua scaglionata su diversi anni, il termine d'attesa annuo si applica una sola volta per tale incapacità.

17. Il periodo di attesa è applicabile anche quando si cambia rischio (malattia, infortunio) nel corso di un'incapacità lavorativa.

Rinuncia

18. L'assicurato non deve cercare di impedire l'esaurimento del suo diritto all'indennità giornaliera rinunciando ad essa ancor prima che il medico abbia attestato la sua totale guarigione.

Modifica dell'indennità giornaliera individuale

19. In caso d'incapacità di lavoro, è possibile aumentare l'indennità giornaliera solo dal momento in cui l'assicurato riacquista la totale capacità lavorativa per almeno 30 giorni.
20. Il contraente, rispettivamente l'assicurato, può ridurre l'ammontare dell'indennità giornaliera per la fine di un mese, con preavviso di un mese. La richiesta deve essere inviata all'assicuratore tramite lettera raccomandata.

Art. 14 Accordi bilaterali e prestazioni all'estero

- a. Nei Paesi membri dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS)
 1. Le persone assicurate che soggiornano o sono domiciliate nell'UE o nell'AELS hanno diritto alle indennità giornaliere conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone.
 2. In caso d'incapacità lavorativa, l'assicurato domiciliato in un Paese membro dell'UE e dell'AELS, al di fuori della Svizzera e del Lichtenstein (qui di seguito denominato Svizzera), deve notificare il sinistro all'istituzione del luogo di residenza entro trenta giorni, presentando un certificato d'incapacità lavorativa (modello E116). L'istituzione del luogo di residenza compila il modello E115 (domanda di prestazioni in denaro per inabilità lavorativa) e lo trasmette all'assicuratore insieme al certificato d'incapacità lavorativa. Dopo aver determinato il diritto alle prestazioni, l'assicuratore compila il modello E117 (concessione di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro) e lo invia all'istituzione del luogo di residenza. Non appena l'assicurato è abile al lavoro, avvisa subito l'istituzione del luogo di residenza e l'assicuratore, indicando la data alla quale cessa l'incapacità lavorativa.
 3. In deroga al precedente capoverso, per l'assicurato domiciliato in una zona di 50 km dalla frontiera, si applicano per analogia le condizioni di concessione delle prestazioni valide per i residenti in Svizzera.
 4. L'assicurato che risiede in Svizzera e soggiorna in un Paese membro dell'UE/AELS per un breve periodo (ad es. vacanze) non è tenuto ad informarne entro tre giorni l'istituzione del luogo di soggiorno. Deve tuttavia farsi rilasciare dal medico curante un certificato d'incapacità lavorativa che trasmetterà poi all'assicuratore. In caso d'incapacità di lavoro superiore a sette giorni, invece, si applica la procedura descritta al punto 2.

5. Durante un'incapacità lavorativa, l'assicurato che desidera recarsi fuori dalla Svizzera deve in ogni caso informarne l'assicuratore, il quale stabilisce se continuare a versare le prestazioni in funzione delle circostanze. Se non lo informa, non ha più diritto alle prestazioni d'assicurazione fino al suo ritorno.

b. Fuori dell'UE o dell'AELS (esclusa la Svizzera)

1. Le persone che lavorano all'estero per un datore di lavoro svizzero o coloro che effettuano un soggiorno all'estero per una formazione, remunerati dal loro datore di lavoro, hanno diritto alle indennità giornaliere. Il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni si estinguono dopo 24 mesi.
2. In caso di soggiorno all'estero, le prestazioni sono concesse solo durante il periodo di degenza ospedaliera necessaria per motivi medici e esclusivamente fino a quando è impossibile rientrare nel paese di domicilio.
3. L'assicurato inabile al lavoro che desidera effettuare un soggiorno all'estero deve informarne l'assicuratore.

Quest'ultimo si riserva allora il diritto di continuare a versare le indennità giornaliere per un soggiorno limitato, dopo aver valutato le circostanze. L'assicurato inabile al lavoro che lascia temporaneamente la Svizzera senza l'autorizzazione dell'assicuratore non ha più diritto alle prestazioni fino al suo rientro.

Art. 15 Limitazione della copertura d'assicurazione

Le prestazioni possono essere ridotte e, in casi particolarmente gravi, persino rifiutate:

- a. durante il servizio militare, in caso di sovraindennizzo;
- b. durante la partecipazione ad atti temerari ai sensi della LAINF;
- c. quando l'assunzione della persona da assicurare non rispetta le regole della buona fede (in particolare per evitare un esame del rischio, per avere un nuovo diritto alle prestazioni);
- d. quando l'assicurato rifiuta di sottoporsi alle misure di controllo dell'assicuratore, ad esempio rifiuta di farsi visitare dal perito medico designato dall'assicuratore o di seguire una misura di reinserimento;
- e. in caso di sinistri derivanti dalla partecipazione attiva a eventi di guerra.

Art. 16 Riserva medica

1. Le persone che, al momento in cui presentano la loro domanda d'adesione, soffrono di una malattia, di un infortunio o dei postumi di un infortunio, sono assicurati con riserva degli stessi.
2. Sono altresì oggetto di riserva le malattie, gli infortuni o i postumi di un infortunio di cui l'assicurato ha sofferto prima dell'adesione, se si sa, per esperienza, che sono possibili delle ricadute.
3. Le riserve emesse diventano caduche al massimo dopo cinque anni.

D. Indennità giornaliera in caso di maternità

Art. 17 Prestazioni

1. Le indennità giornaliera assicurate sono versate se, al momento del parto, l'assicurata era a beneficio dell'assicurazione da almeno 270 giorni senza interruzione superiore a tre mesi e a condizione che la gravidanza sia durata almeno 23 settimane o che il neonato sia in vita.
2. In caso di parto, l'assicuratore accorda per 16 settimane consecutive, di cui almeno otto dopo il parto, l'indennità giornaliera dovuta previa deduzione del termine d'attesa scelto.
3. Le indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa non possono essere accumulate alle prestazioni in caso di maternità.
4. Le indennità giornaliera in caso di maternità sono versate sussidiariamente alle eventuali prestazioni federali o di un'assicurazione maternità cantonale.

E. Perdita di guadagno addizionale

Art. 18 Estensione della copertura

1. Se è sottoscritta, lo scopo della copertura addizionale è di prolungare la garanzia del rischio malattia nonostante l'esaurimento del diritto alle prestazioni perdita di guadagno di un impiegato che è atto ad esercitare un'attività lavorativa. È quindi destinata a qualsiasi impiegato che ha un contratto di lavoro ed esercita effettivamente la professione adeguata.
2. La copertura addizionale è esclusivamente abbinata all'assicurazione collettiva di un'indennità giornaliera proposta dagli assicuratori del Groupe Mutuel.
3. L'assicuratore versa l'indennità giornaliera in funzione della copertura convenuta nel contratto.
4. Il versamento dell'indennità giornaliera è calcolato secondo gli stessi criteri della copertura definita nella polizza (percentuale del salario, termine d'attesa, rischio coperto, nozione d'assicurazione di danno).
5. In deroga all'articolo 7 cpv. 2 delle presenti condizioni, il termine d'attesa previsto nel contratto collettivo non è imputato sulla durata massima della copertura.
6. Se alla scadenza dei 5 anni di copertura addizionale, l'impiegato non ha esaurito la durata delle prestazioni di tale copertura, beneficia di nuovo del diritto alla copertura iniziale prevista nel contratto, a condizione che abbia ancora un contratto di lavoro con la stessa azienda.
7. Salvo convenzione particolare, la ricomparsa o l'aggravamento della malattia che ha causato l'esaurimento del diritto non è assicurata.

Art. 19 Copertura d'assicurazione

1. L'impiegato ha il diritto di beneficiare della copertura addizionale:
 - a. se ha esaurito una volta il proprio diritto a un'assicurazione di un'indennità giornaliera;
 - b. se possiede una capacità di lavoro utilizzabile nell'azienda;

- c. se gli è proposto un posto di lavoro adeguato a tale capacità.
2. In ogni caso, l'impiegato non può aver diritto alla copertura addizionale più di una volta.
 3. Se l'impiegato fa già parte della cerchia di assicurati dell'azienda, la copertura addizionale e il diritto alle prestazioni cominciano a produrre i loro effetti dalla data d'entrata in vigore del contratto di lavoro adeguato.
 4. La copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano per l'impiegato ad esaurimento del diritto alle prestazioni convenuto nella copertura addizionale.

Art. 20 Passaggio all'assicurazione individuale

La copertura è rigorosamente abbinata al contratto collettivo dell'azienda allo scopo di agevolare il reinserimento. L'impiegato che non appartiene più alla cerchia di assicurati non beneficia del libero passaggio.

Art. 21 Premio

Il premio collettivo definito nella polizza include il prodotto d'assicurazione collettivo abituale, la perdita di guadagno addizionale e la copertura maternità.

Art. 22 Disposizioni complementari

1. Le presenti disposizioni sono parte integrante delle condizioni generali di un'assicurazione collettiva di un'indennità giornaliera secondo la LAMal (BE).
2. Sono riservate le particolarità specificate nei contratti collettivi.
3. Per poter beneficiare della copertura addizionale il datore di lavoro deve trasmettere all'assicuratore entro 30 giorni dalla sua sottoscrizione, una copia del contratto di lavoro dell'impiegato interessato, adeguato alla sua capacità di lavoro.

F. Premi

Art. 23 Pagamento dei premi

1. Il contraente è il debitore dei premi.
2. Il tasso di premi è definito contrattualmente per anno d'assicurazione. Il premio deve essere pagato entro il termine fissato nel contratto. Il premio provvisorio può essere adeguato in qualsiasi momento alla situazione reale.
3. Gli acconti dei premi che si possono esigere nel corso dell'anno d'assicurazione sono considerati come importi scaglionati da pagare in virtù dei termini accordati. Possono essere adeguati in qualsiasi momento all'evoluzione della massa salariale, durante l'anno. Le quote non pagate del premio annuo sono dovute.
4. Se il premio o gli acconti non sono pagati entro i termini, l'assicuratore intima al debitore di pagare la somma dovuta, a cui si aggiungono le spese, entro 14 giorni dall'invio dell'ingiunzione e gli ricorda le conseguenze della messa in mora. Se il premio arretrato, maggiorato delle spese non è pagato nel termine imposto, la copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni sono sospesi. Tale sospensione non incide sull'obbligo del contraente di

versare il salario all'assicurato. Dopo aver saldato i premi arretrati e le spese, il contraente riacquista il proprio diritto alle prestazioni con effetto retroattivo, a partire dal momento in cui è iniziata la sospensione. In casi simili, il premio è dovuto per tutta la durata della sospensione.

5. Se il contraente è in ritardo di oltre due mesi nel pagamento dei premi, l'assicuratore ha il diritto di disdire il contratto per la fine di un mese, con preavviso di un mese. La disdetta deve essere inviata per lettera raccomandata.
6. Nell'ambito dell'assicurazione a titolo individuale, se l'affiliazione inizia o cessa nel corso di un mese civile, i premi sono dovuti per tutto il mese civile.

Art. 24 Adeguamento del tasso di premio

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare ogni anno il tasso dei premi all'evoluzione dei sinistri. Gli adeguamenti prendono effetto dal 1° gennaio di ogni anno civile.
2. È riservato l'immediato adeguamento del tasso dei premi nei casi d'entrata in vigore di nuove circostanze (fusioni, scissioni, acquisizioni, ecc.) e alla notevole modifica della composizione della cerchia di persone assicurate.
3. Se la tariffa dei premi è modificata durante il periodo contrattuale, l'assicuratore può esigere l'adattamento del contratto con effetto dall'inizio dell'anno civile successivo.
4. L'assicuratore comunica al contraente il nuovo tasso al massimo 25 giorni prima della fine dell'anno in corso. Se il contraente si oppone alla modifica del contratto, può notificarne la disdetta per la fine dell'anno.
5. Le modifiche sono considerate accettate se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta per raccomandata prima della fine dell'anno civile.
6. Se, dopo aver fissato il tasso di premio, dovessero verificarsi casi d'incapacità sotto forma di notifiche tardive, l'assicuratore ha il diritto di correggere retroattivamente il tasso di premio conformemente all'effettiva sinistrosità. Le correzioni retroattive sono considerate accettate se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta per raccomandata entro 30 giorni a decorrere dalla comunicazione del tasso di premio corretto. La disdetta del contratto prende effetto non prima della fine del mese durante il quale l'assicuratore ha ricevuto la notifica.

Art. 25 Conteggio del premio

1. In conformità all'articolo 27 delle presenti condizioni generali, il conteggio definitivo del premio è emesso alla fine dell'esercizio che corrisponde all'anno civile, sulla base dei documenti forniti dal contraente.
2. Nell'ambito dell'assicurazione a titolo individuale, non vi è liberazione dal pagamento dei premi.

Art. 26 Partecipazione alle eccedenze

1. Il contraente riceve la parte convenuta dell'eventuale eccedenza secondo le disposizioni previste nel contratto, dopo il periodo di conteggio di minimo tre anni con scadenza al 31 dicembre.

2. Il conteggio è effettuato non prima di 5 mesi dopo la fine del periodo di conteggio, ma solo dopo la liquidazione e l'indennizzo di tutti i sinistri verificatisi durante questo periodo.
3. Quando i sinistri relativi ad un periodo di conteggio chiuso sono notificati o indennizzati dopo la stesura del conteggio, è redatto 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 il contratto collettivo sia in vigore fino alla fine del periodo di conteggio.
5. Tutti i casi di sinistri verificatisi durante la copertura d'assicurazione collettiva sono imputati a carico del contratto collettivo.

G. Disposizioni diverse

Art. 27 Obblighi del contraente

1. Il contraente è tenuto ad 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 scade.
2. Il contraente deve garantire il rispetto della protezione dei dati dei propri dipendenti, in particolare sul fatto di compilare il questionario sullo stato di salute in assoluta indipendenza.
3. Il contraente deve comunicare immediatamente all'assicuratore se un assicurato in incapacità lavorativa esce dal contratto collettivo.
4. Quando si effettua la fatturazione definitiva, il contraente deve trasmettere all'assicuratore i conteggi AVS delle persone assicurate o, in mancanza, una lista nominativa con la data di nascita o il numero AVS, il sesso e il salario per ogni assicurato e il periodo d'attività.
Se le informazioni necessarie non sono trasmesse all'assicuratore entro 30 giorni dalla sua richiesta, questo intima al contraente di farlo entro 14 giorni dall'invio dell'ingiunzione.
Se la diffida resta senza effetto, l'assicuratore procederà lui stesso ad una tassazione d'ufficio, maggiorando il premio annuo dell'esercizio precedente. L'articolo 23 delle presenti condizioni può essere applicato per analogia per il pagamento del premio complementare.
5. 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 o i documenti trasmessi alla cassa di compensazione AVS. Se non lo fa, l'assicuratore si riserva il diritto di sospendere i propri obblighi.
6. Il contraente s'impegna a notificare i casi di sinistro e a fornire all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per stabilire la perdita di salario o di guadagno (certificati medici, dichiarazioni del datore di lavoro, conti e attestati AVS o fiscali, atti di nascita, ecc.). L'assicuratore si riserva il diritto di verificare l'esattezza del salario dichiarato.

Art. 28 Obblighi dell'assicurato

1. Qualsiasi modifica del tasso d'incapacità lavorativa deve essere immediatamente comunicata all'assicuratore.
2. L'assicurato deve collaborare con gli ispettori dei malati e i medici delegati dall'assicuratore.
3. Se l'assicurato non si presenta il giorno della convocazione dal medico senza valido motivo, l'assicuratore si riserva il diritto di ridurre o di rifiutare alcune prestazioni, se non addirittura di chiedere il rimborso delle prestazioni già versate e di fatturare all'assicurato gli onorari della consultazione alla quale non si è presentato.
4. Dall'inizio dell'incapacità lavorativa, l'assicurato deve consultare un medico autorizzato a esercitare e seguire le sue prescrizioni. Deve evitare tutto ciò che può nuocere alla sua guarigione o prolungare la sua incapacità.

Art. 29 Prestazioni di terzi

1. Per valutare la necessità o meno di inoltrare una richiesta all'assicurazione invalidità, l'assicuratore è autorizzato a comunicare la situazione di un assicurato nell'ambito di un rilevamento tempestivo. In ogni caso, informa precedentemente l'assicurato di tale iniziativa.
2. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicuratore può sollecitare l'assicurato a inoltrare una richiesta all'assicurazione invalidità.
3. Dal momento in cui l'assicuratore sollecita l'assicurato a fare appello a un ente sociale competente per l'assunzione delle prestazioni o a seguire delle misure di reinserimento, l'assicuratore subordina il versamento delle proprie prestazioni all'effettiva notifica del caso. In caso di rifiuto, l'assicuratore si riserva il diritto di pretendere le prestazioni già anticipate dal momento della notifica della richiesta in questione.
4. Se un terzo riduce le proprie prestazioni a causa di sanzioni, l'assicuratore non compensa la riduzione che ne scaturisce.
5. L'assicuratore anticipa le prestazioni perdita di guadagno fino a quando l'assicurazione invalidità (LAI), un'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (LAM), una previdenza professionale (LPP), se non addirittura un assicuratore estero o privato, non stabiliscono il diritto a una rendita. Dalla concessione della rendita da parte di una o più istituzioni sopra indicate, l'assicuratore ha il diritto di richiedere direttamente presso quest'ultime il rimborso degli anticipi versati.

Art. 30 Sovraindennizzo / sovrassicurazione

1. Le prestazioni dell'assicuratore non devono determinare un sovraindennizzo dell'assicurato.
2. Se l'indennità giornaliera è ridotta conformemente all'articolo 69 cpv. 2 LPGA per evitare il sovraindennizzo, il contraente deve pagare il premio corrispondente all'indennità intera, finché sussiste il diritto alle prestazioni.
3. La sovrassicurazione, ovvero il fatto di assicurare un importo superiore al reddito derivante dall'attività lucrativa o dall'assicurazione contro la disoccupazione, non è autorizzata. In caso di sovrassicurazione, l'indennità giornaliera coperta sarà ridotta fino a concorrenza del reddito derivante dall'attività lucrativa o dall'assicurazione contro

la disoccupazione, all'inizio del mese in cui è stata constatata la sovrassicurazione. I premi versati prima che la sovrassicurazione fosse constatata rimangono all'assicuratore.

4. Quando il salario dichiarato per l'indennizzo dell'incapacità lavorativa è superiore al guadagno assicurato o alla perdita di salario effettivamente subita, l'assicuratore si riserva il diritto di richiedere il rimborso delle indennità giornaliere indebitamente versate.

Art. 31 Compensazione

1. Nei limiti degli articoli 20 cpv. 2 e 22 cpv. 2 LPGA, l'assicuratore può compensare le prestazioni scadute con crediti del contraente, rispettivamente con il premio dell'assicurato

Art. 32 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

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

Art. 33 Comunicazioni

1. Qualsiasi comunicazione deve essere indirizzata all'amministrazione generale dell'assicuratore o a una delle sue agenzie ufficiali i cui indirizzi figurano nella lista messa a disposizione dall'assicuratore.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore sono inviate all'ultimo indirizzo che il contraente o l'assicurato ha indicato all'assicuratore.

Art. 34 Entrata in vigore e modifica delle condizioni generali

Il presente regolamento entra in vigore il 1° gennaio 2011. L'assicuratore si riserva il diritto di modificarlo in qualsiasi momento.