

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) Copertura collettiva di un'indennità giornaliera malattia secondo la LCA

PC-M

PCMAM02-I10 – Edizione 01.01.2011

Indice

A. Generalità

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

B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 4** Rischi assicurati
Art. 5 Persone assicurate
Art. 6 Coperture assicurative
Art. 7 Affiliazione con esame del rischio
Art. 8 Inizio e fine del contratto
Art. 9 Rinuncia alla disdetta a seguito di sinistro
Art. 10 Inizio e fine della copertura assicurativa
Art. 11 Passaggio all'assicurazione individuale

C. Prestazioni assicurate

- Art. 12** Prestazioni
Art. 13 Prestazioni all'estero
Art. 14 Limitazione del diritto alle prestazioni

D. Indennità complementare alla LIPG in caso di maternità

- Art. 15** Copertura assicurativa
Art. 16 Prestazioni assicurate

E. Perdita di guadagno addizionale

- Art. 17** Estensione della copertura
Art. 18 Copertura d'assicurazione
Art. 19 Passaggio all'assicurazione individuale
Art. 20 Premio
Art. 21 Disposizioni complementari

F. Premi

- Art. 22** Pagamento dei premi
Art. 23 Adeguamento del tasso del premio
Art. 24 Conteggio del premio
Art. 25 Partecipazione alle eccedenze

G. Disposizioni diverse

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

A. Generalità

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicuratore indicato nella polizza accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un'incapacità lavorativa derivante da malattia, da infortunio o da parto, in complemento alle prestazioni di maternità previste dalla legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG), a condizione che tali coperture siano incluse nella polizza.

Art. 2 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite:

1. Dalle presenti condizioni generali d'assicurazione, dalle eventuali condizioni complementari o particolari, dalle disposizioni della polizza e dalle eventuali clausole addizionali.
2. Dalle dichiarazioni scritte nella proposta, dalle altre dichiarazioni scritte del contraente e degli assicurati e dai rispettivi questionari sullo stato di salute.

3. Dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
4. Dalla legge sulla protezione dei dati (LPD) alla quale l'assicuratore è soggetto in materia di trattamento dei dati.

Art. 3 Definizioni

1. Per malattia s'intende qualsiasi danno involontario alla salute fisica o mentale, medicalmente e oggettivamente riconosciuto che non è dovuto ad un infortunio o ai suoi postumi e che necessita un esame o un trattamento medico o che comporta un'incapacità lavorativa. Le complicazioni legate alla gravidanza sono equiparate ad una malattia.
2. Per infortunio s'intende qualsiasi lesione, improvvisa e involontaria, al corpo umano derivante da una causa esterna straordinaria che compromette la salute fisica o mentale ed è medicalmente e oggettivamente percettibile. Sono generalmente equiparati ad un infortunio, i postumi di un infortunio, le ricadute di infortuni, le lesioni fisiche equiparate ad un infortunio e le malattie professionali ai sensi della LAINF.
3. Per congedo maternità s'intende il periodo ininterrotto di 14 settimane dal giorno del parto.

4. **Danno alla salute**
Il danno alla salute include i casi di malattia o d'infortunio.
5. **Incapacità lavorativa**
Per incapacità lavorativa s'intende qualsiasi perdita, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di esercitare nell'ambito della propria professione o del proprio campo d'attività il lavoro che si può ragionevolmente esigere da lui, se tale perdita deriva da un danno alla sua salute fisica o mentale. In caso d'incapacità lavorativa di lunga durata, l'attività che si può esigere dall'assicurato può anche rientrare in un'altra professione o un altro campo d'attività.
6. **Caso**
Per caso s'intende il verificarsi di un'incapacità lavorativa che dà diritto a prestazioni e che è causata da uno o più danni alla salute.
7. **Ricaduta / nuovo caso**
Un'incapacità lavorativa, medicalmente collegata a un caso anteriore, è considerata una ricaduta.
La ricaduta è considerata come nuovo caso d'assicurazione soltanto se insorge dopo un termine di 365 giorni.
8. **Zona di frontiera**
È definita zona di frontiera tutta l'area compresa entro cinquanta chilometri dalla frontiera svizzera.

B. Estensione dell'assicurazione

Art. 4 Rischi assicurati

1. L'assicuratore garantisce automaticamente la copertura del rischio malattia, salvo disposizioni contrattuali contrarie.
2. Il rischio infortunio è coperto solo se espressamente previsto nella polizza. L'estensione delle prestazioni in caso d'infortunio è la stessa che per la malattia.
3. Le malattie professionali e le lesioni corporali equiparate ad un infortunio ai sensi della LAINF e i loro postumi sono esclusivamente assunti dalla copertura infortunio.
4. L'indennità giornaliera complementare alle indennità di perdita di guadagno in caso di maternità secondo la LIPG è prevista solo se espressamente stipulata nella polizza e abbinata ad un'assicurazione collettiva di un'indennità giornaliera in caso di malattia.
5. L'assicuratore versa le indennità giornaliere fino a concorrenza della copertura prevista nella polizza, basata su un salario annuo massimo di Fr. 250'000.- a persona. Le indennità giornaliere versate fanno parte dell'assicurazione di danno, salvo quelle previste all'articolo 5 cpv. 2 concepite come assicurazione di somma.

Art. 5 Persone assicurate

1. La cerchia delle persone assicurate è indicata nella polizza.
2. Su richiesta, il datore di lavoro o i gestori dell'impresa possono essere assicurati per un importo di stipendio fisso a condizione che il loro nome sia espressamente

indicato nella polizza. Lo stipendio convenuto è quindi coperto sotto forma di un'assicurazione di somma.

3. Le persone che hanno esaurito il diritto alle prestazioni di un'assicurazione d'indennità giornaliera, salvo condizioni della perdita di guadagno addizionale (articoli 17 a 21 CGA) e il personale dato in prestito al contraente da imprese terze, non possono aderire a un contratto di indennità giornaliera.
4. Le persone che sono totalmente o parzialmente inabili al lavoro a causa di un danno alla salute, al momento dell'entrata in vigore della polizza, sussidiariamente al momento dell'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. 6 Coperture assicurative

La durata del diritto alle prestazioni è fissata nella polizza.

a. Copertura in coordinamento LPP:

1. Le prestazioni sono erogate per ogni caso fino a quando subentra il diritto a una rendita LPP, rispettivamente fino all'esaurimento delle prestazioni previsto nel contratto. Salvo disposizioni contrattuali contrarie, la durata del diritto alle prestazioni per ogni caso è di 730 giorni al massimo. Il primo limite raggiunto è determinante.
2. Se durante un'incapacità lavorativa subentra un problema di salute in relazione a un caso anteriore, i giorni indennizzati per tale problema di salute sono esclusivamente imputati al caso anteriore.
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.

b. Copertura ampliata:

Salvo disposizioni contrarie, la durata del diritto alle prestazioni è di 730 giorni civili in un periodo di 900 giorni consecutivi per una o più incapacità lavorative.

Art. 7 Affiliazione con esame del rischio

Se previsto nella proposta / nel contratto o se il salario è superiore all'importo annuo massimo è necessario un esame dello stato di salute.

Art. 8 Inizio e fine del contratto

1. La data d'entrata in vigore del contratto è indicata nella polizza, come pure la data di scadenza, fissata al 31 dicembre di un anno civile.
2. Alla scadenza del contratto e salvo notifica di disdetta inviata per raccomandata al massimo entro il 30 settembre dell'anno civile, il contratto è prolungato tacitamente di anno in anno.
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'impresa o dalla dichiarazione di fallimento.

4. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore ha versato una prestazione, il contraente ha il diritto di disdire il contratto al massimo entro 14 giorni dalla data in cui è venuto 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.
5. Se il contraente ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti a danno dell'assicuratore, il contratto può essere disdetto.
6. In qualità di membro individuale, la copertura d'assicurazione può essere disdetta per la fine di un mese con un preavviso di un mese.

Art. 9 Rinuncia alla disdetta a seguito di un sinistro

L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto che ha per legge 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 Inizio e fine della copertura assicurativa

1. La copertura assicurativa inizia per ogni assicurato il giorno in cui è entrato al servizio dell'impresa, ma in ogni caso non prima dell'entrata in vigore della polizza.
2. Congedo non remunerato
 - a. La copertura è mantenuta in vigore durante il periodo di congedo non remunerato, per una durata massima di 12 mesi. Il diritto alle prestazioni ricomincia a decorrere non prima del giorno della ripresa prevista.
 - b. Il datore di lavoro deve comunicare all'assicuratore il periodo di congedo non remunerato dei propri impiegati entro i trenta giorni precedenti a tale congedo.
 - c. Anche se la copertura è mantenuta in vigore, il diritto alle prestazioni ricomincia a decorrere non prima del giorno della ripresa del lavoro prevista. Se a tale data sussiste un'incapacità lavorativa, il termine d'attesa si applica dall'inizio del diritto alle prestazioni. L'indennità giornaliera è pertanto calcolata in base al salario AVS in vigore alla fine dell'attività precedente l'inizio del congedo non remunerato. Durante il periodo di congedo non remunerato l'assicurato beneficia della liberazione dal pagamento dei premi.
3. La copertura assicurativa e il diritto alle prestazioni cessano per ogni assicurato:
 - a. quando l'assicurato non fa più parte della cerchia delle persone assicurate,
 - b. quando il contratto è disdetto o sospeso,
 - c. quando il contratto di lavoro di durata determinata ha fine,
 - d. dal momento in cui nasce il diritto a una rendita LPP nell'ambito di una copertura in coordinamento LPP,

- e. quando si esaurisce il diritto alle prestazioni nell'ambito di una copertura ampliata,
- f. alla fine del mese in cui l'assicurato va in pensione. Se l'assicurato continua la propria attività oltre l'età AVS e desidera mantenere in vigore la propria copertura d'assicurazione, il contraente deve prima farne richiesta all'assicuratore. La copertura sarà accordata al massimo fino alla fine del mese in cui l'assicurato compie 70 anni, conformemente all'articolo 12 cpv. 20 e 14 cpv. 3.
La copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano all'esaurimento delle 180 indennità giornaliere o alla disdetta del contratto collettivo,
- g. in caso di trasferimento di domicilio all'estero su riserva dell'articolo 13 del presente regolamento,
- h. alla fine dell'incapacità lavorativa del frontaliere in qualità di assicurato individuale, su riserva dell'esaurimento del diritto alle prestazioni,
- i. in caso di cessazione definitiva dell'attività,
- j. in caso di mancato pagamento dei premi secondo l'articolo 22 del presente regolamento,
- k. quando il termine quadro o il diritto alle prestazioni di disoccupazione è scaduto. Il primo limite raggiunto è determinante.

Art. 11 Passaggio all'assicurazione individuale

1. Se non appartiene più alla cerchia degli assicurati, ha diritto di mantenere la propria copertura assicurativa in qualità di assicurato individuale:
 - l'assicurato che ai sensi della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI) è considerato disoccupato,
 - l'assicurato in incapacità lavorativa o che può giustificare un reddito in Svizzera quando esce dal contratto collettivo su riserva del cpv. 6.
2. In conformità all'articolo 26 cpv. 1, l'assicurato deve far valere il proprio diritto di passaggio entro 90 giorni dall'uscita dal contratto collettivo, altrimenti tale diritto si estingue.
3. Le riserve già esistenti nell'assicurazione collettiva sono mantenute per gli assicurati a titolo individuale.
4. La persona che beneficia del libero passaggio conformemente all'articolo 11 delle presenti Condizioni generali ha diritto alle stesse prestazioni e condizioni garantite nell'ambito dell'assicurazione collettiva. La liberazione dal pagamento dei premi non fa parte di queste prestazioni.
5. Le indennità giornaliere versate nell'ambito dell'assicurazione collettiva sono imputate a quelle della copertura di cui beneficia l'assicurato a titolo individuale.
6. Il diritto al passaggio in qualità di membro individuale non esiste (l'articolo 100 LCA relativo ai diritti dei disoccupati è riservato):
 - a. quando il contratto d'assicurazione collettiva è disdetto dal contraente,
 - b. per i liberi professionisti, 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 durata determinata, per le persone che lavorano illegalmente,
- d. quando l'assunzione della persona da assicurare non rispetta le regole della buona fede,
- e. se l'assicurato lascia il suo posto di lavoro e passa all'assicurazione di indennità giornaliera di un nuovo datore di lavoro,
- f. per gli assicurati che hanno raggiunto l'età dell'AVS o che sono andati in pensione,
- g. quando il contratto collettivo è stato disdetto in virtù dell'articolo 10 cpv. 3 lettera j del presente regolamento.

C. Prestazioni assicurate

Art. 12 Prestazioni

Condizioni

1. L'indennità giornaliera è versata in caso d'incapacità lavorativa a partire dal 25%.
2. L'indennità giornaliera è calcolata sulla base del salario in vigore al momento del sinistro conformemente alla notifica fatta dal datore di lavoro tramite i moduli messi 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 lavorativa totale o parziale di un assicurato, il datore di lavoro deve informare l'assicuratore entro 7 giorni dall'inizio dell'interruzione del lavoro tramite un certificato medico rilasciato da un medico riconosciuto. Tuttavia, per i periodi d'attesa di 30 giorni e più, l'obbligo d'informare l'assicuratore è di 15 giorni a contare 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 non prima di questo termine.
5. Se la prima consultazione avviene più di 3 giorni dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa, l'assicuratore si riserva il diritto di considerare il giorno della consultazione come primo giorno d'incapacità.
6. 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.
7. L'obbligo delle prestazioni è sospeso durante il congedo maternità.
8. In caso di decesso del dipendente in seguito ad un'incapacità lavorativa che dà diritto a prestazioni, 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

9. Se l'indennità è espressa in franchi fissi, l'assicuratore versa l'indennità convenuta, su riserva del sovraindennizzo o della sovrassicurazione.
10. Se l'indennità è espressa in % del salario, essa 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) moltiplicato per numero di ore settimanali o annue medio moltiplicato per 52 settimane (se numero di ore settimanali) diviso 365 giorni (anche per l'anno bisestile) moltiplicato per percentuale della copertura stabilito.

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 365 giorni (anche per l'anno bisestile) moltiplicato per percentuale della copertura stabilita.

11. Se il reddito è soggetto a forti fluttuazioni (ad esempio, remunerazione alla commissione 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

12. L'indennità giornaliera dovuta è versata per ogni giorno d'incapacità lavorativa (domenica e giorni festivi compresi).
13. In caso d'incapacità lavorativa parziale, l'indennità giornaliera è versata in proporzione al grado d'incapacità lavorativa.
14. 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 redazione del certificato rilasciato dal prestatore o al massimo fino alla fine del mese in corso.

Periodo d'attesa

15. L'indennità giornaliera assicurata è versata dopo la scadenza del periodo d'attesa scelto. Per il calcolo del periodo d'attesa, i giorni d'incapacità lavorativa parziale sono considerati come giorni interi.
16. Il periodo d'attesa si applica ad ogni incapacità lavorativa, salvo se si tratta di un caso di ricaduta, su riserva dell'applicazione del rimanente periodo d'attesa.

17. Il periodo d'attesa è applicabile anche quando si cambia rischio (malattia, infortunio) nel corso di un'incapacità lavorativa.
18. Il termine d'attesa è imputato sulla durata delle prestazioni.

Durata delle prestazioni

19. Nel caso sia possibile pretendere che l'assicurato sfrutti la propria capacità lavorativa in un'altra professione adeguata, l'assicuratore accetta di continuare a versare gli indennizzi per un periodo di transizione compreso tra tre e cinque mesi, a condizione però che l'assicurato faccia tutto il necessario come cercare un impiego, iscriversi all'assicurazione contro la disoccupazione, presentare una domanda AI, ecc.
20. Oltre l'età AVS e fino a 70 anni al massimo, la persona che fa sempre parte della cerchia degli impiegati dell'impresa ha diritto a 180 indennità giornaliere per una o più incapacità lavorative. Tuttavia, se un caso d'incapacità è iniziato prima dell'età AVS e il saldo delle prestazioni dopo l'età AVS è inferiore a 180 giorni, il diritto massimo dopo l'età AVS è limitato a tale saldo.
21. I giorni d'incapacità lavorativa parziale indennizzati sono considerati come giorni interi.

Rinuncia

22. 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

23. In caso d'incapacità lavorativa, è possibile aumentare l'indennità giornaliera soltanto dal momento in cui l'assicurato ha riacquisito la piena capacità lavorativa per almeno trenta giorni.
24. Sono imputati sulla durata delle prestazioni i giorni durante i quali gli assicurati hanno percepito le indennità giornaliere da parte del loro precedente assicuratore.

Art 13 Prestazioni all'estero

1. Durante un soggiorno all'estero, fuori della Svizzera o del Liechtenstein, rispettivamente al di fuori della zona di frontiera per i frontalieri, le prestazioni non sono versate. Le prestazioni sono nuovamente erogate dal rientro in Svizzera, debitamente attestato dall'assicurato, rispettivamente nella zona di frontiera per il frontaliere. Tuttavia, le prestazioni sono erogate durante il periodo dell'ospedalizzazione se non è possibile effettuare un rimpatrio.
2. Le persone che lavorano all'estero per un datore di lavoro svizzero e 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 cessano dopo 24 mesi.
3. Durante l'incapacità lavorativa, l'assicurato che desidera recarsi 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.

4. L'assicurato inabile al lavoro che lascia la Svizzera, rispettivamente la zona di frontiera per il frontaliere, senza l'accordo dell'assicuratore, non ha più diritto alle prestazioni d'assicurazione fino al suo ritorno.

Art. 14 Limitazione del diritto alle prestazioni

1. Se l'assicurato non rispetta gli obblighi dell'articolo 27, le prestazioni possono essere ridotte e in casi gravi persino rifiutate.
2. Le prestazioni sono ridotte quando l'assicurato non rispetta le prescrizioni del medico.
3. Se l'assicurato è inabile al lavoro nel momento in cui raggiunge l'età dell'AVS, il suo diritto alle prestazioni decade se il contraente non ha trasmesso alcuna richiesta ai sensi dell'articolo 10 cpv. 3 lettera f.
4. Le prestazioni sono rifiutate:
 - a. in caso di riserva e di reticenza,
 - b. in caso di notifica di un danno alla salute intenzionalmente falsa,
 - c. in caso d'incapacità lavorativa derivante da un intervento di chirurgia estetica volontario,
 - d. se si prende parte ad una rissa o ad una lite tra due o più persone, ad atti di guerra o di terrorismo, a crimini o delitti commessi o tentati intenzionalmente,
 - e. in caso d'incapacità lavorativa derivante da un danno alla salute causato dall'assicurato (suicidio, tentativo di suicidio, mutilazioni volontarie),
 - f. per i danni alla salute derivanti da radiazioni ionizzanti e i danni causati da radiazioni nucleari,
 - g. in caso di terremoti,
 - h. durante il servizio militare all'estero,
 - i. durante la partecipazione a imprese temerarie ai sensi della LAINF,
 - j. 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),
 - k. se l'assicurato rifiuta di collaborare alle misure d'istruzione richieste dall'assicuratore, in particolare farsi esaminare da un medico perito designato dall'assicuratore o conformarsi a misure che gli permettano di utilizzare la capacità lavorativa (ad esempio misure di reinserimento),
 - l. se, senza il consenso dell'assicuratore, l'assicurato cambia medico, anche se questo attesta una ripresa totale o parziale del lavoro,
 - m. quando l'assicurato non rispetta il principio della riduzione del danno,
 - n. in casi di postumi dovuti ad atti di guerra
 - in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein,
 - all'estero, a meno che l'assicurato non sia stato colto alla sprovvista da tali avvenimenti nel paese dove soggiorna e l'incapacità lavorativa si manifesta entro 3 mesi dall'inizio di tali avvenimenti.

D. Indennità complementare alla LIPG in caso di maternità

Art. 15 Copertura assicurativa

1. L'indennità giornaliera complementare in caso di maternità è subordinata al diritto alle prestazioni della Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno in caso di servizio e di maternità (LIPG).
2. Le indennità giornaliere assicurate sono versate se, al momento del parto, l'assicurata aveva un'assicurazione dalle prestazioni più estese rispetto alla LIPG, stipulata dal suo datore di lavoro da almeno 270 giorni consecutivi.

Art. 16 Prestazioni assicurate

1. L'assicuratore versa le indennità giornaliera fino a concorrenza della copertura prevista nella polizza, basata su un salario annuo massimo di Fr. 250'000.– a persona.
2. La copertura d'assicurazione indicata nella polizza è stata calcolata in funzione della durata della copertura, del tasso di copertura e del salario eccedente convenuto.
3. Il diritto alle indennità comincia il giorno del parto, su riserva delle situazioni di riporto del diritto al congedo maternità previste dalla LIPG.
Le indennità devono essere versate ininterrottamente e retroattivamente per la fine di ogni mese civile che dà diritto all'indennità complementare, non appena si riceve il conteggio del salario.

E. Perdita di guadagno addizionale

Art. 17 Estensione della copertura

1. Se è sottoscritta nella polizza, la copertura addizionale deve essere l'oggetto di un accordo per ogni impiegato interessato. L'obiettivo di tale copertura è di continuare ad accordare la garanzia del rischio malattia dopo un caso che ha portato all'esaurimento del diritto alle prestazioni perdita di guadagno.
2. L'impiegato deve disporre di una capacità lavorativa residua. Il contraente e l'assicuratore definiscono le condizioni applicabili all'attuazione di tale copertura, in particolare il termine di un mese tra l'inizio dell'attività adeguata in pratica esercitata e l'effettiva entrata in vigore della copertura.
3. La copertura addizionale è esclusivamente legata all'assicurazione collettiva di un'indennità giornaliera proposta dagli assicuratori membri del Groupe Mutuel.
4. L'assicuratore versa l'indennità giornaliera secondo la copertura convenuta nel contratto.
5. L'indennità giornaliera è calcolata secondo gli stessi criteri della copertura definita nella polizza (percentuale del salario, termine d'attesa, rischio coperto, nozione d'assicurazione di danno, ecc.).

6. In deroga all'articolo 12 cpv. 18 del presente regolamento, il termine d'attesa previsto nel contratto collettivo non è imputato sulla durata massima della copertura.
7. Se alla scadenza dei cinque anni dall'inizio della copertura addizionale, l'impiegato non ha esaurito la durata delle prestazioni di tale copertura, ha nuovamente il diritto di beneficiare della copertura iniziale prevista nel contratto a condizione che abbia ancora un contratto di lavoro con la stessa impresa.

Art. 18 Copertura d'assicurazione

1. Su richiesta del contraente, l'assicurato può beneficiare della copertura addizionale:
 - a. se ha esaurito una volta il proprio diritto a un'assicurazione d'indennità giornaliera per un caso di malattia,
 - b. se dispone inoltre di una capacità lavorativa utilizzabile nell'impresa,
 - c. se gli è stato proposto un posto di lavoro adeguato a tale capacità.
2. L'impiegato non può aver diritto alla copertura addizionale più di una volta.
3. Se l'impiegato fa già parte della cerchia degli assicurati dell'impresa, la copertura addizionale e il diritto alle prestazioni cominciano a produrre i loro effetti dopo il termine convenuto nell'articolo 17 cpv. 2.

Art. 19 Passaggio all'assicurazione individuale

La copertura è strettamente legata al contratto collettivo dell'impresa allo scopo di promuovere il reinserimento. L'impiegato che non appartiene più alla cerchia di assicurati non beneficia del libero passaggio.

Art. 20 Premio

Il premio collettivo definito nella polizza include al contempo il prodotto d'assicurazione collettiva abituale e la perdita di guadagno addizionale.

Art. 21 Disposizioni complementari

1. Per poter usufruire della copertura addizionale, il datore di lavoro deve richiederla all'assicuratore.
2. Per usufruire delle prestazioni della copertura addizionale, l'impiegato deve essere oggetto, da parte del suo datore, di misure specifiche volte a mantenere un'attività professionale nell'impresa (riduzione dell'orario di lavoro, attività adeguata, ristrutturazione del posto di lavoro, ecc.).

F. Premi

Art. 22 Pagamento dei premi

1. Il contraente è il debitore dei premi.
2. Il tasso dei premi è fissato contrattualmente per anno d'assicurazione. Il premio deve essere pagato entro il termine fissato nella polizza. 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 convenuti. 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 ingiunge 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 e le spese non sono pagati nel termine imposto, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi fino alla scadenza di tale termine. Per sospensione degli obblighi dell'assicuratore s'intende:
 - per i nuovi sinistri, il non prendere in considerazione quelli che si verificano durante il periodo di sospensione;
 - per i sinistri in corso, la sospensione del versamento delle prestazioni durante tutto il periodo di sospensione.
5. 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 terminato.
6. Durante il periodo di sospensione, i giorni d'incapacità lavorativa dei sinistri in corso sono imputati sulla durata del diritto alle prestazioni.

La copertura assicurativa e il pagamento delle prestazioni per i sinistri in corso riprendono, non retroattivamente, solo a partire dall'incasso dei premi impagati.
7. Nell'ambito dell'assicurazione, in qualità di membro individuale, se l'affiliazione inizia o cessa nel corso di un mese civile, i premi sono dovuti per tutto il mese civile.

Art. 23 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 al 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, incorporazioni, ecc.) e alla notevole modifica della composizione della cerchia delle persone assicurate.
3. Se la tariffa dei premi è modificata durante il periodo contrattuale, l'assicuratore può esigere l'adattamento del contratto con effetto all'inizio del successivo anno civile.
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 approvate se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di 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 approvate 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.
7. Tutti i casi di sinistro insorti durante la copertura d'assicurazione collettiva sono imputati a carico del contratto collettivo.

Art. 24 Conteggio del premio

1. In conformità all'articolo 26 del regolamento, il conteggio definitivo del premio è stabilito alla fine dell'esercizio che corrisponde all'anno civile, sulla base dei documenti forniti dal contraente.
2. Nell'ambito dell'assicurazione in qualità di membro individuale, non sussiste liberazione dal pagamento dei premi.

Art. 25 Partecipazione alle eccedenze

1. Il contraente riceve la parte convenuta dell'eventuale eccedenza secondo le disposizioni previste nella polizza, dopo il periodo di conteggio fissato ad almeno tre anni con scadenza al 31 dicembre.
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 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. 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 alla LIPG in caso di maternità non sono presi in considerazione nel calcolo della partecipazione alle eccedenze.

G. Disposizioni diverse

Art. 26 Obblighi del contraente

1. Il contraente deve 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. Il contraente dispone a tal fine di fogli informativi rilasciati dall'assicuratore.
3. Il contraente deve comunicare immediatamente all'assicuratore allorché 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 in cui figura la data di nascita o, il numero AVS, il sesso e il salario per ogni assicurato e il periodo d'attività.
5. 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'inizio.
6. 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 22 può essere applicato per analogia per il pagamento del premio complementare.
7. 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'impresa nonché i documenti trasmessi alla cassa di compensazione AVS. Se non lo fa, l'assicuratore si riserva il diritto di sospendere i propri obblighi.
8. 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.
9. Il termine d'attesa è a carico del datore di lavoro.

Art. 27 Obblighi dell'assicurato

1. L'avente diritto deve fornire qualsiasi documento rilevante per l'assicuratore, compresa una procura che autorizzi l'assicuratore a ottenere informazioni presso terzi, affinché possa verificare la fondatezza delle pretese, pena decadenza del proprio diritto alle prestazioni.
2. Qualsiasi modifica del tasso di incapacità lavorativa deve essere immediatamente comunicato all'assicuratore.
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 gli ispettori dei malati e dei medici delegati dall'assicuratore e seguire le loro prescrizioni. Ha l'obbligo di informare e di rispondere alle domande che potrebbero essergli poste. 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.
5. Dall'inizio dell'incapacità lavorativa, l'assicurato deve consultare un medico autorizzato a esercitare l'attività medica e seguire le sue prescrizioni. Deve evitare tutto ciò che può nuocere alla sua guarigione o prolungare la sua incapacità.
6. L'assicurato deve partecipare, nei limiti di quanto gli è possibile, ad una cura o ad un piano di reinserimento professionale adeguato e atto a migliorare notevolmente la sua capacità lavorativa o di offrire una nuova possibilità di guadagno.
7. Per poter beneficiare delle indennità complementari alla LIPG in caso di maternità, l'assicurata deve fornire, se necessario, il relativo conteggio della cassa di compensazione competente.

Art. 28 Prestazioni di terzi

1. Nell'ambito del rilevamento precoce, l'assicuratore è abilitato ad annunciare un assicurato all'ufficio AI. Tale assicurato è prima informato della procedura.
2. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicuratore può incitare l'assicurato a presentare una richiesta all'assicurazione invalidità.
3. Dal momento in cui l'assicuratore invita l'assicurato ad annunciarsi presso un ente sociale competente per l'assunzione delle prestazioni, o a conformarsi a delle misure, 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 il rimborso delle prestazioni già anticipate dalla notifica della richiesta in questione.
4. L'assicuratore interviene sussidiariamente per la parte di perdita di guadagno o di salario non coperta da un assicuratore sociale, nei limiti delle prestazioni previste nella polizza.
5. Se un terzo riduce le proprie prestazioni a causa di una sanzione, l'assicuratore non compensa la riduzione che ne scaturisce.
6. Se diverse assicurazioni private coprono in modo solidale la perdita di guadagno, il totale delle prestazioni versate non può essere superiore alla perdita subita. L'assicuratore versa la propria prestazione in proporzione, al massimo, alla parte che gli spetta nel totale di quelle coperte da tutti gli assicuratori.
7. Dal verificarsi di un sinistro assicurato, l'assicuratore è surrogato fino a concorrenza delle prestazioni contrattuali ai diritti dell'assicurato e dei superstiti contro qualsiasi terzo responsabile.

8. 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 alla riparazione a cui ha diritto, le prestazioni contrattuali corrispondenti sono ridotte in proporzione.
9. L'assicuratore anticipa le prestazioni perdita di guadagno finché l'assicurazione invalidità (LAI), l'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (LAM), la previdenza professionale (LPP) o una assicuratore straniero 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. La restituzione dell'eccedenza versata resta all'assicuratore.
10. 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.
11. 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. 29 Sovraindennizzo / sovrassicurazione

1. Le prestazioni dell'assicuratore o il loro concorso con quelle di altri assicuratori, incluso le assicurazioni sociali quali l'AI, la LIPG, la LAINF e la LPP, non devono dar luogo a un sovraindennizzo degli assicurati. Il sovraindennizzo, ovvero la parte di indennità giornaliera versata in più rispetto alle prestazioni previste nella polizza, deve essere rimborsato all'assicuratore.
2. 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.
3. 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.
4. Per le persone assicurate con un importo di salario fisso, l'estensione delle prestazioni corrisponde all'importo dell'indennità giornaliera convenuta. La sovrassicurazione non si applica in questa fattispecie. Invece, se le indennità giornaliere dovute sono versate insieme a prestazioni di assicurazioni sociali quali l'Assicurazione

invalidità, l'Assicurazione contro gli infortuni o l'Assicurazione militare, a tali indennità giornaliera è detratto l'importo versato dalle assicurazioni sociali.

Art. 30 Compensazione

1. L'assicuratore può compensare le prestazioni scadute con crediti del contraente, rispettivamente con il premio dell'assicurato.
2. Il contraente non ha alcun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.

Art. 31 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

Il contraente non può né cedere, né costituire in pegno ciò che deve all'assicuratore, senza il consenso di quest'ultimo.

Art. 32 Comunicazioni

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

Art. 33 Giurisdizione e foro competente

1. Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio e in franchi svizzeri.
2. In caso di controversia, il contraente o l'avente diritto può scegliere di rivolgersi ai tribunali del proprio domicilio in Svizzera o a quelli della sede dell'assicuratore. Se il contraente o l'avente diritto è domiciliato all'estero, il foro competente è quello in cui ha sede l'assicuratore.