

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

PC-M

PCMAM01-I9 – Edizione 01.09.2010

Indice

A. Generalità

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

B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 4** Copertura assicurativa
Art. 5 Persone assicurate
Art. 6 Durata della copertura
Art. 7 Adesione all'assicurazione collettiva
Art. 8 Adesione con esame del rischio
Art. 9 Inizio e fine del contratto
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 della copertura assicurativa

D. Indennità complementare alla LIPG in caso di maternità

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

E. Premi

- Art. 17** Pagamento dei premi
Art. 18 Adeguamento del tasso del premio
Art. 19 Conteggio del premio
Art. 20 Partecipazione alle eccedenze

F. Disposizioni diverse

- Art. 21** Obblighi del contraente
Art. 22 Obblighi dell'assicurato
Art. 23 Prestazioni di terzi
Art. 24 Sovraindennizzo / sovrassicurazione
Art. 25 Compensazione
Art. 26 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
Art. 27 Prescrizione
Art. 28 Comunicazioni
Art. 29 Giurisdizione e foro competente

A. Generalità

Art. 1 Scopo 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 maternità 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 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 dal contraente e dagli assicurati e dai rispettivi questionari sullo stato di salute;
- dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.

Art. 3 Definizioni

- 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.
- 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.
- Per congedo maternità s'intende il periodo ininterrotto di 14 settimane dal giorno della nascita del bambino.
- Danno alla salute
Il danno alla salute include i casi di malattia o d'infortunio.
- 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

a. Un'incapacità lavorativa che può essere ricondotta medicalmente ad un caso anteriore è considerata una ricaduta.

b. La ricaduta è considerata come un nuovo caso d'assicurazione solo se si verifica dopo 365 giorni dall'ultima incapacità.

8. Zona di frontiera

Si chiama zona di frontiera tutta l'area compresa entro cinquanta chilometri dalla frontiera svizzera.

B. Estensione dell'assicurazione

Art. 4 Copertura assicurativa

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 tramite la 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 contro i danni.

Art. 5 Persone assicurate

1. La cerchia delle persone assicurate è indicata nella polizza. Sono assicurati i dipendenti dell'impresa che non hanno raggiunto l'età AVS o che non sono andati in pensione anticipata.
2. Sono assicurati se il loro nome figura sulla polizza:
 - a. il datore di lavoro
 - b. i membri della sua famiglia che lavorano nell'impresa e il cui salario non è soggetto ai contributi dell'AVS.
3. Gli assicurati che hanno esaurito il loro diritto alle prestazioni di un'assicurazione d'indennità giornaliera o di perdita di guadagno, il personale dato in prestito al contraen-

te da imprese terze e le persone in guadagno intermedio non possono aderire al contratto d'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, fino a quando non riprendono i rapporti 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 Durata della copertura

La durata del diritto alle prestazioni è fissata nella polizza.

a. Copertura coordinata LPP

Le prestazioni sono versate per ogni caso fino a quando nasce il diritto alla rendita LPP. Da questa data, la copertura e il diritto alle prestazioni si estinguono. In ogni caso, le indennità sono versate al massimo fino ad esaurimento del diritto alle prestazioni previste nel contratto.

b. Copertura estesa

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 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 sulla polizza è necessario un esame del rischio.

Art. 8 Adesione con esame del rischio

1. Qualsiasi 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 all'assicuratore, rispettivamente ai suoi medici di fiducia, le informazioni necessarie all'esame della proposta d'assicurazione e al trattamento del caso di sinistro.
3. In funzione dello stato di salute della persona da assicurare, l'assicuratore può rifiutare l'adesione o accettarla solo a condizioni aggravate.
4. Riserve
 - a. Per le persone che nel momento in cui presentano il questionario sullo stato di salute hanno problemi di salute, l'assicuratore può emettere delle riserve su tali affezioni.

- b. Possono essere oggetto di riserva anche i problemi di salute di cui l'assicurato ha sofferto nel passato se, in base all'esperienza, sono possibili ricadute.
 - c. Le riserve comunicate all'assicurato valgono per tutta la durata del contratto.
5. Dopo aver ricevuto le informazioni richieste, l'assicuratore deve comunicare al proponente se rifiuta l'adesione o se l'accetta a condizioni aggravate.

Art. 9 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 sua 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. L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto conferitogli dalla legge di disdire il contratto in seguito a sinistro, salvo in caso di abuso, di falsa dichiarazione, di dolo, di reticenza o di tali tentativi.
6. Il contratto può essere annullato se il contraente ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti a danno dell'assicuratore.

Art. 10 Inizio e fine della copertura assicurativa

1. La copertura assicurativa inizia per ogni assicurato il giorno in cui comincia a lavorare al servizio dell'impresa, ma in ogni caso non prima dell'entrata in vigore della polizza. Per gli assicurati che, violando il contratto di lavoro, non si presentano al lavoro o lo interrompono, la copertura è sospesa dall'inizio dell'interruzione del lavoro e fino alla sua ripresa.
2. 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 si interrompe il lavoro volontariamente e non si ha diritto al salario,
 - d. quando il contratto a durata determinata termina,
 - e. quando si esaurisce il diritto alle prestazioni per un caso assicurativo nell'ambito della copertura coordinata LPP,

- f. quando si esaurisce il diritto alle prestazioni nell'ambito di una copertura estesa,
- g. alla fine del mese in cui l'assicurato raggiunge l'età AVS o va in pensione anticipata,
- h. in caso di trasferimento di domicilio all'estero con riserva dell'articolo 13 del presente regolamento,
- i. alla fine dell'incapacità lavorativa del frontaliere in qualità di assicurato individuale, con riserva dell'esaurimento del diritto alle prestazioni,
- j. in caso di definitiva cessazione dell'attività,
- k. in caso di mancato pagamento dei premi secondo l'articolo 17 del presente regolamento,
- l. quando il termine quadro o il diritto alle prestazioni di disoccupazione è scaduto.

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 (LAD) è considerato disoccupato,
 - l'assicurato in incapacità lavorativa o che può giustificare un reddito in Svizzera quando esce dal contratto collettivo, con riserva del cpv. 6.
2. In conformità all'articolo 21 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 per l'indennizzo dell'incapacità lavorativa in vigore nel momento del libero passaggio. 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. 2 lettera k 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 partire 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, con 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)
 - per
 - numero di ore settimanali o annue medio
 - per
 - 52 settimane (se numero di ore settimanali)
 - diviso
 - 365 giorni (anche per l'anno bisestile)
 - 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
 - per
 - 12 mesi (o 13 mesi se 13a mensilità)
 - diviso
 - 365 giorni (anche per l'anno bisestile)
 - per
 - percentuale della copertura stabilito.

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.

Durata delle prestazioni

18. I periodi d'attesa sono imputati sulla durata massima del diritto alle prestazioni.

19. I giorni d'incapacità lavorativa parziale indennizzati sono considerati come giorni interi.

Rinuncia

20. 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.

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.
2. Invece, 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 giornaliera. Fuori dell'Unione Europea, il contratto decade dopo 12 mesi.
3. L'assicurato che si ritrova in incapacità lavorativa all'estero ha diritto alle indennità giornaliera solo per il periodo durante il quale è ricoverato in ospedale.
4. 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 giornaliera per un soggiorno limitato, dopo aver valutato le circostanze.

Art. 14 Limitazione della copertura assicurativa

1. Le prestazioni sono ridotte quando l'assicurato non rispetta le prescrizioni del medico.
2. 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 l'indennizzo per un periodo convenevole ai sensi della giurisprudenza, a condizione però che l'assicurato faccia tutto il necessario come cercare un impiego, iscriversi all'assicurazione contro la disoccupazione, ecc.
3. 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. quando l'assicurato rifiuta di sottoporsi alle misure di controllo dell'assicuratore, ad esempio rifiuta di farsi visitare dal perito designato dall'assicuratore,
- 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 tre mesi dall'inizio di tali avvenimenti.

D. Indennità complementare alla LIPG in caso di maternità (MC – MD – ME)

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 giornaliera assicurate sono versate se, al momento della nascita del bambino, l'assicurata aveva un'assicurazione dalle prestazioni più estesa 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 della nascita del bambino, con 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. Premi

Art. 17 Pagamento dei premi

1. Il tasso dei premi è fissato contrattualmente per anno civile. Il premio deve essere pagato entro il termine fissato nella polizza. Il premio provvisorio può essere adeguato in qualsiasi momento alla situazione reale.
2. Gli acconti dei premi che si possono esigere nel corso dell'anno civile 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.
3. 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.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.
4. 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.

Art. 18 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, acquisizioni, 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 dall'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.

Art. 19 Conteggio del premio

In conformità all'articolo 21 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.

Art. 20 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 a un minimo di 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. 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.

F. Disposizioni diverse

Art. 21 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. 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. L'assicuratore declina ogni responsabilità in caso di inosservanza da parte del contraente delle condizioni definite nei precedenti capoversi.
4. Il contraente deve comunicare immediatamente all'assicuratore se un assicurato in incapacità lavorativa esce dal contratto collettivo.
5. 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.
6. 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.
7. 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 17 può essere applicato per analogia per il pagamento del premio complementare.
8. 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.
9. 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. 22 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 essere a disposizione degli 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 ver-

sate 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 praticare 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'assicurato deve fornire, se necessario, il relativo conteggio della cassa di compensazione competente.

Art. 23 Prestazioni di terzi

1. Dal momento in cui l'assicuratore invita l'assicurato a presentare domanda presso un ente sociale competente per l'assunzione delle prestazioni, 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 dalla notifica della richiesta in questione.
2. 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.
3. Se un terzo riduce le sue prestazioni a causa di una sanzione, l'assicuratore non compensa la riduzione che ne scaturisce.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. L'assicuratore anticipa la prestazione assicurata fino a quando non è stabilito il diritto ad un'indennità di un'assicurazione sociale o privata, su riserva del limite delle prestazioni previste nella polizza e del capoverso 1 del presente articolo. Non appena il diritto a tale indennità è accordato e inizia a decorrere, l'assicuratore è in diritto di richiedere il rimborso degli anticipi direttamente all'ente sociale in questione o ad un eventuale terzo. La restituzione dell'eccedenza versata resta all'assicuratore.

8. 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.
9. 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. 24 Sovraindennizzo / sovrassicurazione

1. Le prestazioni dell'assicuratore o il loro concorso con quelle di altri assicuratori 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.

Art. 25 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. 26 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. 27 Prescrizione

I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione cadono in prescrizione dopo due anni a decorrere dalla data in cui nasce l'obbligo.

Art. 28 Comunicazioni

1. Qualsiasi comunicazione deve essere indirizzata all'amministrazione generale dell'assicuratore o ad una delle sue agenzie ufficiali i cui indirizzi figurano 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. 29 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.