groupemutuel

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

BE

BEGM03-I4 – edizione 01.01.2018

Indice

A. Generalità
Art. 1 Oggetto dell’assicurazione
Art. 2 Basi giuridiche del contratto
Art. 3 Definizioni

B. Estensione dell’assicurazione
Art. 4 Contratto d’assicurazione
Art. 5 Persone assicurate
Art. 6 Coperture d’assicurazione
Art. 7 Adesione con esame del rischio

C. Inizio e fine del contratto
Art. 8 Inizio e fine del contratto
Art. 9 Frodi nelle giustificazioni

D. Copertura d’assicurazione
Art. 10 Inizio e fine della copertura d’assicurazione e del diritto alle prestazioni
Art. 11 Passaggio nell’assicurazione individuale

E. Prestazioni assicurate
Art. 12 Prestazioni assicurate
Art. 13 Prestazioni assicurate in caso di maternità
Art. 14 Prestazioni supplementari
Art. 15 Congedo non remunerato
Art. 16 Prestazioni in caso di trasferta o fuori dal domicilio
Art. 17 Limitazione del diritto alle prestazioni

F. Premi
Art. 18 Calcolo del premio
Art. 19 Pagamento dei premi
Art. 20 Adeguamento del tasso di premio
Art. 21 Conteggio dei premi
Art. 22 Partecipazione alle eccedenze

G. Altre disposizioni
Art. 23 Obblighi del contraente
Art. 24 Obblighi dell’assicurato
Art. 25 Prestazioni di terzi
Art. 26 Sovraindennizzo
Art. 27 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
Art. 28 Clausola mediatore
Art. 29 Comunicazioni
Art. 30 Giurisdizione
Art. 31 Foro competente

La LPGA, la LAMal e le idonee ordinanze sopperiscono alle disposizioni non contenute nelle presenti condizioni generali d’assicurazione.

A. Generalità

Art. 1 Oggetto dell’assicurazione

L’assicuratore che assume il rischio è indicato nel contratto. Questo accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un’incapacità lavorativa (qui di seguito «incapacità») derivante da malattia, da maternità o da 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 svizzero e gli accordi stipulati tra la Svizzera e gli organi e Stati terzi. In particolare:
   - la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA);
   - la Legge federale sull’assicurazione malattie (LAMal);
   - la Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).
2. Le presenti condizioni generali d’assicurazione, le disposizioni del contratto e le eventuali clausole addizionali.
3. Le dichiarazioni scritte nella proposta, le altre dichiarazioni scritte dal contraente e dagli assicurati e i rispettivi questionari medici.

Art. 3 Definizioni

1. LAVS: Legge federale sull’assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
   LAI: Legge federale sull’assicurazione per l’invalidità
   LPP: Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l’invalidità
   LAINF: Legge federale contro gli infortuni
   LAM: Legge federale sull’assicurazione militare
   CO: Codice delle obbligazioni
   UE : Unione europea
   AELS: Associazione europea di libero scambio

Società di Groupe Mutuel Holding SA:
Avenir Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA / Philos Assicurazione Malattia SA / AMB Assurances SA
Fondazioni amministrate dal Groupe Mutuel: Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione Malattia
Recapiti amministrativi: Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 777 – groupemutuel.ch

2. Ricaduta
   È considerata ricaduta un'incapacità derivante da un'affezione che ha già dato diritto a prestazioni nell'ambito di un'incapacità anteriore. Non è più considerata come ricaduta soltanto se insorge dopo un termine di 365 giorni dalla fine dell'incapacità che ha dato diritto alle suddette prestazioni.
3. Lavoratore distaccato
   È considerato lavoratore distaccato l'assicurato che lavora all'estero per un datore di lavoro svizzero e che è soggetto alla LAINF, come pure l'assicurato che soggiorna all'estero per seguire una formazione e continua ad essere remunerato dal proprio datore di lavoro svizzero.
4. Lavoratore frontaliere
   È considerato lavoratore forntaliere colui che esercita un'attività lucrativa in Svizzera e che rientra almeno una volta a settimana alla casa propria in uno Stato membro dell'UE/AELS.

B. Estensione dell'assicurazione

Art. 4 Contratto d'assicurazione

Nel contratto d'assicurazione sono precisati i dettagli della copertura d'assicurazione, in particolare i rischi assicurati, l'importo del salario massimo considerato per il calcolo delle prestazioni, la percentuale del salario assicurato, il termine di attesa, la durata delle prestazioni e le eventuali condizioni particolari.

Art. 5 Persone assicurate

1. La cerchia delle persone assicurate è indicata nel contratto.
2. Salvo accordo espresso indicato nel contratto, le persone totalmente o parzialmente inabili al lavoro al momento dell'entrata in vigore del contratto, rispettivamente all'inizio del rapporto di lavoro, non sono assicurate. Lo saranno non appena riacquisteranno la piena capacità lavorativa. La convenzione di libero passaggio è riservata.
3. Le persone che percepiscono una rendita d'invalidità al momento dell'entrata in vigore del contratto, rispettivamente all'inizio dei rapporti di lavoro, sono assicurate per il guadagno che ricavano dalla capacità di lavoro residua che utilizzano concretamente e a lungo termine.

Art. 6 Coperture d'assicurazione

1. Tutte le incapacità che hanno dato diritto a prestazioni collettive sono a carico del contratto collettivo.
2. Le malattie professionali e le lesioni corporali equiparate a un infortunio ai sensi della LAINF e i loro postumi sono esclusivamente assunte dalla copertura infortunio.
3. L'indennità giornaliera è versata per una o più incapacità che durano 730 giorni in un arco di 900 giorni.
4. Sono imputati sulla durata delle prestazioni i giorni durante i quali gli assicuati hanno ricevuto indennità giornaliere dell'assicuratore da cui escono.
5. I termini di attesa a carico del datore di lavoro sono imputati sulla durata del diritto alle prestazioni.

Art. 7 Adesione con esame del rischio

1. Un esame dello stato di salute può essere richiesto se la proposta o il contratto lo prevede.
2. In funzione dello stato di salute della persona da assicurare, l'assicuratore può accettarlo a condizioni particolari (riserva).
3. Al momento dell'entrata in vigore del contratto collettivo, le riserve emesse dall'assicuratore precedente sono mantenute fino alla scadenza del termine iniziale.

C. Inizio e fine del contratto

Art. 8 Inizio e fine del contratto

1. Entrata in vigore del contratto
   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. Rinnovo tacito del contratto
   Alla scadenza del contratto, e salvo notifica di disdetta all'assicuratore al massimo entro il 30 settembre dell'anno, il contratto è prolungato tacitamente di anno in anno.
3. Fine del contratto
   Il contratto finisce:
   a. in caso di cessazione dell'attività o all'apertura della procedura di fallimento dell'azienda assicurata;
   b. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 19 cpv. 7 delle presenti condizioni generali;
   c. al momento del trasferimento all'estero della sede o del domicilio del contraente;
   d. in caso di disdetta da parte del contraente o dell'assicuratore;
   e. in caso di disdetta a seguito dell'adeguamento del tasso dei premi ai sensi dell'articolo 20 delle presenti condizioni generali.

Art. 9 Frodi nelle giustificazioni

Se il contraente ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti a danno dell'assicuratore, il contratto può essere annullato o disdetto.

D. Copertura d'assicurazione

Art. 10 Inizio e fine della copertura d'assicurazione e del diritto alle prestazioni

1. Inizio della copertura d'assicurazione
   La copertura d'assicurazione comincia a decorrere per ogni assicurato il giorno in cui entra in vigore il suo contratto di lavoro, ma in ogni caso non prima dell'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
2. Fine della copertura d'assicurazione e del diritto alle prestazioni
   Per ogni assicurato, la copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano:

a. alla fine del contratto di lavoro o del contratto collettivo. La copertura e il diritto alle prestazioni sono tuttavia mantenuti per l'incapacità in corso alla fine del contratto di lavoro, se il contratto collettivo è in vigore a tale data;
b. all'esaurimento del diritto alle prestazioni previste nell'articolo 6 cpv. 3;
c. alla fine del mese durante il quale l'assicurato raggiunge l'età ordinaria della pensione o va in prepensionamento;
d. alla fine della copertura d'assicurazione LAINF per i lavoratori distaccati.

Art. 11 Passaggio nell'assicurazione individuale

1. Dal momento in cui l'assicurato è informato del suo diritto al libero passaggio, gode di 90 giorni per far valere tale diritto e chiedere un'offerta nell'assicurazione individuale.
2. Il frontaliere che non appartiene più alla cerchia degli assicurati gode del diritto di passare nell'assicurazione individuale senza nuove riserve, se continua a esercitare un'attività remunerata in Svizzera.
3. In riferimento all'articolo 10 cpv. 2 let. a, è possibile esercitare il diritto di libero passaggio nell'assicurazione individuale non prima della fine della copertura collettiva per l'incapacità in corso.
4. L'indennità giornaliera è ridotta proporzionalmente se il nuovo reddito o se l'indennità di disoccupazione è inferiore.
5. Si applicano le tariffe e le condizioni generali d'assicurazione individuale in vigore.
6. Il diritto al passaggio nell'assicurazione individuale non sussiste:
   a. in caso di disdetta del contratto collettivo e di ripresa dello stesso da un altro assicuratore per la stessa cerchia di persone assicurate o per parte di esse;
   b. se l'assunzione della persona da assicurare non rispetta le regole della buona fede;
   c. se l'assicurato lascia il proprio posto di lavoro e passa nell'assicurazione d'indennità giornaliera di un nuovo datore di lavoro;
   d. se si applica una convenzione di libero passaggio.

E. Prestazioni assicurate

Art. 12 Prestazioni assicurate

1. Incapacità parziale
   L'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al tasso d'incapacità che deve essere di almeno il 25%. I giorni d'incapacità inferiori a tale tasso non sono considerati per calcolare la durata delle prestazioni e il termine d'attesa.
2. Notifica dell'incapacità
   a. Qualsiasi incapacità totale o parziale deve essere notificata all'assicuratore entro 15 giorni dal suo insorgere. Trascorso tale termine, il giorno in cui l'assicuratore apprende l'incapacità è considerato come primo giorno dell'incapacità.
   b. Se la notifica avviene in ritardo per motivi giustificabili, il versamento delle indennità giornaliere è limitato a 180 giorni precedenti il giorno della notifica.
3. Attestato medico dell'incapacità
   a. Se il certificato iniziale è stato emesso più di tre giorni dopo l'inizio dell'incapacità, l'assicuratore si riserva il diritto di considerare il giorno di rilascio del certificato come primo giorno d'incapacità.
   b. L'assicuratore paga l'incapacità medicalmente attestata e comprovata. Per le incapacità superiori a tre giorni è obbligatorio un certificato medico. Un attestato del medico, basato su regolari consultazioni in studio, deve essere trasmesso all'assicuratore almeno una volta al mese.
4. Esaurimento del diritto
   L'assicurato non può rinunciare all'indennità giornaliera per impedire l'esaurimento del proprio diritto all'indennità giornaliera. In questo caso, l'assicuratore corrisponde le prestazioni in base alla valutazione dell'incapacità effettuata dal medico di fiducia.
5. Calcolo dell'indennità giornaliera
   a. Il salario AVS dovuto dall'azienda assicurata costituisce la base di calcolo dell'indennità giornaliera. Sono altresì presi in considerazione il salario e la parte di salario non soggetti all'AVS tenuto conto dell'età della persona assicurata, nonché gli assegni familiari, dal momento in cui non sono più percepiti da un avente diritto.
   b. Per i salari AVS determinati non ancora versati al momento del sinistro e per i quali la persona potrebbe avanzare pretese, l'indennità giornaliera corrispondente è determinata dividendo per 365 i suddetti elementi percepiti durante gli ultimi dodici mesi precedenti l'incapacità, ma non prima della data di assunzione.
   c. Se l'indennità è espressa in % del salario, essa è calcolata per i salari orari e per i salari mensili, ma al massimo conformemente a quanto previsto dal contratto collettivo di lavoro, nel seguente modo:
   Salario orario:
   Salario orario di base lordo (eventualmente con la 13a mensilità)
   moltiplicato per
   il numero di ore settimanali o annue medio
   moltiplicato per
   52 settimane (se numero di ore settimanali)
   diviso per
   365 giorni (incluso l'anno bisestile)
   moltiplicato per
   la percentuale della copertura stabilita.
   Con questo metodo, i supplementi per le vacanze e i giorni festivi sono inclusi nel calcolo dell'indennità giornaliera. Nel salario orario di base lordo, i giorni festivi e le vacanze non sono aggiunti al salario orario di base.
   Salario mensile:
   Salario mensile
   moltiplicato per
   12 mesi (o 13 mesi, se 13a mensilità)
   diviso per
   365 giorni (incluso l'anno bisestile)
   moltiplicato per
   la percentuale della copertura stabilita.

d. Se la persona assicurata esercita un'attività lucrativa irregolare o se il suo salario è soggetto a forti fluttuazioni, l'indennità giornaliera è determinata dividendo per 365 il salario percepito durante gli ultimi dodici mesi precedenti l'incapacità.
e. I salari determinati volti a compensare le spese derivanti dall'esercizio dell'attività professionale (ad esempio: indennizzo per pasti, spese di rappresentanza ecc.) non sono considerati nel calcolo dell'indennità giornaliera.
f. L'aumento di salario durante un'incapacità può essere preso in considerazione se è stato convenuto prima dell'incapacità o se è previsto da un contratto collettivo di lavoro.

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

Art. 13 Prestazioni assicurate in caso di maternità

1. Le indennità giornaliere 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. L'indennità giornaliera convenuta in caso di congedo maternità corrisponde all'importo del salario coperto dopo detrazione delle eventuali prestazioni federali o di un'assicurazione maternità cantonale.
3. Le indennità giornaliere in caso d'incapacità non possono essere accumulate alle prestazioni in caso di maternità.

Art. 14 Prestazioni supplementari

1. In caso di mantenimento del contratto di lavoro oltre l'età ordinaria della pensione e se, a tale data, non vi sono incapacità lavorative in corso, il dipendente ha ancora diritto a 180 indennità giornaliere al massimo, fino alla fine del mese durante il quale compie 70 anni.
2. In caso di decesso dell'assicurato in seguito ad un'incapacità che dà diritto a prestazioni, l'assicuratore versa l'indennità giornaliera nei limiti della copertura d'assicurazione e delle disposizioni dell'articolo 338 CO.
3. Perdita di guadagno addizionale
   a. Se sottoscritta nel contratto, la perdita di guadagno addizionale assicura il guadagno ottenuto grazie alla capacità che l'assicurato utilizza concretamente e in modo duraturo nell'azienda, dopo aver esaurito il proprio diritto alle prestazioni ai sensi dell'articolo 6 cpv. 3. Questa è accordata per 180 giorni supplementari nell'arco di cinque anni dall'esaurimento del diritto.
   b. Il termine di attesa si applica a ogni incapacità, ma non è immutato sulla durata dei 180 giorni.
   c. L'assicurato non può aver diritto alle prestazioni della perdita di guadagno addizionale se ha già esaurito più di una volta il proprio diritto alle prestazioni di un'assicurazione d'indennità giornaliera.
   d. Se alla scadenza dei cinque anni dall'inizio della perdita di guadagno addizionale, l'assicurato non ha esaurito il proprio diritto a questa prestazione supplementare, ha nuovamente diritto di beneficiare della copertura principale prevista nel contratto, ai sensi dell'articolo 6 cpv. 3.
   e. La perdita di guadagno addizionale è rigorosamente legata al contratto collettivo dell'azienda ed è volta a favorire il reinserimento. L'impiegato che non appartiene più alla cerchia degli assicurati non beneficia più del libero passaggio per questa prestazione.

Art. 15 Congedo non remunerato

1. Durante un congedo non remunerato, la copertura può essere mantenuta per un massimo di dodici mesi. In questo caso, prima della partenza dell'assicurato, il datore di lavoro deve comunicare per iscritto all'assicuratore il periodo di congedo non pagato definito contrattualmente, se questo supera la durata di un mese. Il diritto alle prestazioni comincia nuovamente a decorrere dal giorno previsto di ripresa dell'attività lavorativa. Il termine d'attesa comincia il primo giorno dell'incapacità.
2. Se il congedo non remunerato non è notificato all'assicuratore, qualsiasi incapacità che dovesse insorgere durante il congedo non dà diritto a prestazioni.

Art. 16 Prestazioni in caso di trasferta o fuori dal domicilio

1. In virtù dell'articolo 24 cpv. 1:
   a. Se dovesse insorgere un'incapacità fuori dalla zona di domicilio dell'assicurato (raggio di 200 km), questo ha diritto alle prestazioni finché fornisce la prova che, dal punto di vista medico, non è possibile effettuare un rimpatrio, in particolare durante il periodo in cui è ospedalizzato.
   b. Durante l'incapacità, l'assicurato che desidera assen-

tarsi dalla zona di domicilio (raggio di 200 km), deve informarne prima l'assicuratore. Quest'ultimo si riserva allora il diritto di continuare a versare le indennità giornaliere per un periodo limitato dopo aver valutato le circostanze. Senza l'accordo dell'assicuratore, le prestazioni durante il soggiorno fuori dalla zona di domicilio sono rifiutate.

2. I lavoratori distaccati hanno diritto alle prestazioni finché beneficiano di una copertura secondo la LAINF, ma al massimo per sei anni e, poi, dal rientro in Svizzera.

Art. 17 Limitazione del diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni sono rifiutate:
   a. in caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione;
   b. in caso d'incapacità durante il servizio militare all'estero.
2. Le prestazioni possono essere, temporaneamente o definitivamente, ridotte o rifiutate:
   a. se l'infortunio è causato per colpa dell'assicurato, in caso di pericoli straordinari e di atti temerari ai sensi della LAINF;
   b. se il contraente o l'assicurato non rispetta gli obblighi previsti negli articoli 23 e 24 delle presenti condizioni generali;
   c. se l'assicurato rifiuta di collaborare alle misure istruttorie (ad esempio farsi esaminare da un medico designato dall'assicuratore) o non si presenta a una convocazione imposta dall'assicuratore, senza valido motivo. In questi casi, l'assicuratore si riserva inoltre il diritto di richiedere il rimborso delle prestazioni già anticipate e di fatturare all'assicurato i costi della convocazione alla quale non si è presentato;
   d. se l'assicurato rifiuta di fornire tutte le informazioni necessarie su fatti di sua conoscenza che possono servire a determinare il diritto alle prestazioni;
   e. se l'assicurato non inoltra o non inoltra entro i termini una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione per l'invalidità. In questi casi le indennità giornaliere sono sospese fino al giorno in cui inoltra la domanda;
   f. se l'assunzione della persona da assicurare non rispetta le regole della buona fede (in particolare per evitare una valutazione del rischio per riacquisire un nuovo diritto alle prestazioni) o se il lavoro proposto è palesemente incompatibile con le capacità fisiche e mentali, le conoscenze professionali o le risorse materiali (patente ecc.) dell'assicurato.

F. Premi

Art. 18 Calcolo del premio

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

Art. 19 Pagamento dei premi

1. Il contraente è il debitore dei premi.
2. Salvo accordo espresso indicato nel contratto, il tasso dei premi è fissato per anno civile.
3. Il premio deve essere pagato entro il termine indicato nel contratto.
4. Il premio provvisorio può essere adeguato in qualsiasi momento dall'assicuratore.
5. Gli acconti dei premi che si possono esigere nel corso dell'anno civile d'assicurazione sono considerati come importi scaglionati da pagare in virtù dei termini convenuti. Possono essere adeguati in qualsiasi momento all'evoluzione della massa salariale, durante l'anno.
6. Se il premio o gli acconti non sono pagati entro i termini, l'assicuratore ingiunge al debitore il pagamento dell'importo dovuto, al quale si aggiungono le spese, entro 14 giorni dall'invio della diffida e gli ricorda le conseguenze della messa in mora. Se il premio arretrato e le spese non sono pagati nel termine imposto, la copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni sono sospesi. Dopo aver saldato integralmente 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.
7. 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.

Art. 20 Adeguamento del tasso di premio

1. Salvo accordo espresso indicato nel contratto, l'assicuratore ha il diritto di adeguare ogni anno il tasso dei premi all'evoluzione dei sinistri o in caso di modifica della tariffa dei premi. Gli adeguamenti prendono effetto a decorrere dal 1° gennaio di ogni anno.
2. Il tasso di premio può essere adeguato in caso di realizzazione di nuove situazioni (fusione, scissione, incorporazione ecc.) e in caso di modifica cosiderevole della cerchia delle persone assicurate, a condizione che la massa salariale vari all'incirca del 10 percento o più.
3. L'assicuratore comunica al contraente il nuovo tasso al massimo 25 giorni prima della fine dell'anno in corso.
4. Le modifiche sono considerate approvate se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta per raccomandata entro la fine dell'anno civile.
5. L'assicuratore ha il diritto di correggere retroattivamente il tasso di premio conformemente alla situazione effettiva della sinistrosità, se delle incapacità sono notificate in ritardo. 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 è effettiva non prima della fine del mese durante il quale l'assicuratore ha ricevuto la notifica.

Art. 21 Conteggio dei premi

Il conteggio definitivo dei premi è elaborato alla fine dell'esercizio che corrisponde all'anno civile, sulla base dei documenti forniti dal contraente conformemente all'articolo 23 delle presenti condizioni d'assicurazione.

Art. 22 Partecipazione alle eccedenze

1. Il contraente riceve la quota convenuta dell'eventuale eccedenza secondo le disposizioni previste nel contratto.
2. Il conteggio è effettuato non prima di cinque mesi dopo la fine del periodo di conteggio, ma solo dopo la liquidazione e l'indennizzo di tutti i sinistri verificatisi durante tale periodo.
3. Quando i sinistri relativi ad un periodo di conteggio chiuso sono notificati o indennizzati dopo la stesura del conteggio, è emesso un nuovo conteggio delle partecipazioni. L'assicuratore richiede la restituzione delle eccedenze indebitamente versate.
4. Un'eventuale partecipazione alle eccedenze è versata a condizione che la polizza d'assicurazione sia rimasta in vigore fino alla fine del periodo di conteggio.
5. Al momento del calcolo della partecipazione alle eccedenze, tutti i casi di sinistri verificatisi durante la copertura d'assicurazione collettiva sono a carico del contratto collettivo.

G. Altre disposizioni

Art. 23 Obblighi del contraente

1. Il contraente è tenuto a informare per iscritto 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 è altresì tenuto a informare gli assicurati sugli elementi essenziali del contratto.
3. Il contraente è responsabile di notificare le incapacità conformemente all'articolo 12 cpv. 2 let. a. A tal fine, completa il modulo di notifica di sinistro che l'assicuratore mette a disposizione.
4. Il contraente deve comunicare immediatamente all'assicuratore la fine dei rapporti di lavoro dell'assicurato in incapacità.
5. Quando è effettuata la fatturazione definitiva, il contraente deve trasmettere all'assicuratore il modulo di dichiarazione dei salari e su richiesta i conteggi AVS delle persone assicurate. Se il modulo con l'estratto dei salari non perviene all'assicuratore entro 30 giorni dalla sua richiesta, questo intima al contraente di farlo. Se la diffida resta senza effetto, l'assicuratore procederà lui stesso ad una fatturazione d'ufficio, maggiorando il premio annuo dell'esercizio precedente. L'articolo 19 delle presenti condizioni d'assicurazione si applica per analogia per il pagamento del premio complementare.
6. Il contraente è tenuto ad autorizzare l'assicuratore, rispettivamente i terzi delegati, a consultare, se necessario, i libri e i documenti contabili dell'azienda e/o documenti trasmessi alla cassa di compensazione AVS. Se non lo fa, l'assicuratore si riserva il diritto di sospendere la copertura e il diritto alle prestazioni.
7. Il contraente s'impegna a fornire all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (procura, certificati medici, documenti contabili e/o amministrativi ecc.). L'assicuratore si riserva il diritto di verificare la verosimiglianza del salario dichiarato.
8. Il contraente deve informare l'assicuratore su un eventuale aggravamento del rischio (ad esempio: modifica del tipo di azienda o della professione assicurata).

Art. 24 Obblighi dell'assicurato

1. Durante l'incapacità, l'assicurato deve rimanere raggiungibile dall'assicuratore per controlli amministrativi e medici (ad esempio, per farsi esaminare da un medico designato dall'assicuratore).
2. L'assicurato fornisce all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (procura, certificati medici, decisioni e/o conteggi di altri assicuratori ecc.). Informa altresì immediatamente l'assicuratore di qualsiasi cambiamento della sua situazione che potrebbe avere un impatto sul suo diritto alle prestazioni (modifica del tasso d'incapacità, iscrizione all'assicurazione di disoccupazione, diritto a prestazioni di terzi ecc.).
3. L'assicurato libera il personale medico consultato dal segreto medico e professionale nei confronti del medico di fiducia dell'assicuratore.
4. L'assicurato deve collaborare con l'assicuratore e i terzi designati da quest'ultimo (ispettore dei sinistri, collaboratori, medici ecc.). Deve in particolare seguirne le prescrizioni, fornire i documenti richiesti e rispondere in modo completo e veritiero alle domande poste dall'assicuratore.
5. L'assicurato ha l'obbligo di presentare una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione per l'Invalidità al massimo entro sei mesi dall'inizio dell'incapacità o, dietro suggerimento dell'assicuratore, presso un altro ente sociale.
6. L'assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno e ciò implica tra l'altro l'obbligo di collaborare con altri enti delle assicurazioni sociali (Assicurazione per l'Invalidità, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione militare ecc.).
7. Al massimo entro tre giorni dall'inizio dell'incapacità, l'assicurato deve consultare un medico autorizzato nel suo studio e seguirne le prescrizioni.
8. In caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione, l'assicurato dovrà assumere i costi delle ricerche effettuate per verificare la sua incapacità e per la gestione dell'incarto.

Art. 25 Prestazioni di terzi

1. Se un terzo riduce le proprie prestazioni a causa di una sanzione, l'assicuratore non compensa la riduzione che ne scaturisce.
2. 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.

3. Nei limiti del diritto alle prestazioni, l'assicuratore anticipa le prestazioni perdita di guadagno finché l'assicurazione per l'invalidità (AI), l'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (LAM), la previdenza professionale (LPP) o un assicuratore estero 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 durante il periodo che dà diritto a una rendita.
4. 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.

Art. 26 Sovraindennizzo

Le prestazioni dell'assicuratore o il loro concorso con quelle di altri assicuratori non devono dar luogo a un sovraindennizzo dell'assicurato. Il sovraindennizzo deve essere rimborsato all'assicuratore.

Art. 27 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

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

Art. 28 Clausola mediatore

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

Art. 29 Comunicazioni

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

Art. 30 Giurisdizione

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

Art. 31 Foro competente

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