

## Condizioni generali dell'assicurazione d'indennità giornaliera

PIAM02-I6 – edizione 01.01.2016

### Indice

#### A. Generalità

##### Trattamento dei dati personali

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

#### B. Portata dell'assicurazione

- Art. 4** Rischi assicurati
- Art. 5** Validità territoriale e temporale
- Art. 6** Coperture d'assicurazione
- Art. 7** Condizioni d'adesione

#### C. Inizio e fine del contratto

- Art. 8** Inizio e fine del contratto
- Art. 9** Disdetta a seguito di sinistro
- Art. 10** Pretese illecite

#### D. Copertura d'assicurazione

- Art. 11** Inizio e fine della copertura d'assicurazione

#### E. Prestazioni assicurate

- Art. 12** Condizioni
- Art. 13** Termine d'attesa
- Art. 14** Prestazioni all'estero
- Art. 15** Limitazione del diritto alle prestazioni

#### F. Premi

- Art. 16** Adeguamento del tasso di premio
- Art. 17** Pagamento dei premi

#### G. Altre disposizioni

- Art. 18** Obblighi dell'assicurato
- Art. 19** Prestazioni di terzi
- Art. 20** Sovraindennizzo
- Art. 21** Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
- Art. 22** Comunicazioni
- Art. 23** Giurisdizione
- Art. 24** Foro competente

## A. Generalità

### Trattamento dei dati personali

L'assicuratore tratta i dati personali delle persone assicurate, in particolare i dati relativi al contratto, alla riscossione dei premi e ai sinistri, con tutta la dovuta riservatezza. La loro trasmissione a terzi è autorizzata soltanto nei casi eccezionali previsti per legge. I dati di persone che soggiornano all'estero possono anch'essi essere trasmessi a partner siti all'estero. Tali dati sono trattati soprattutto allo scopo di valutare il rischio, di gestire la polizza, di calcolare il premio e di trattare i casi di sinistro. L'assicurato autorizza l'assicuratore e i suoi delegati a trattare i dati necessari in relazione con i suoi contratti d'assicurazione presso assicuratori e/o società affiliate al Groupe Mutuel o da lui amministrate. Tali dati sono conservati in formato cartaceo e/o elettronico.

### Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicuratore accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un'incapacità derivante da malattia o da infortunio, conformemente alle definizioni delle presenti condizioni

d'assicurazione, a condizione che tali rischi siano inclusi nella polizza. Le prestazioni non sono corrisposte durante il congedo maternità.

### Art. 2 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite:

1. dalle presenti condizioni generali d'assicurazione, dalle disposizioni della polizza e dalle eventuali clausole addizionali;
2. dalle dichiarazioni scritte nella proposta, dalle altre dichiarazioni scritte dell'assicurato e dal questionario sullo stato di salute;
3. dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA);
4. dalla legge sulla protezione dei dati (LPD) cui si conforma l'assicuratore per qualsiasi trattamento dei dati.

### Art. 3 Definizioni

#### 1. Leggi

- LAVS: Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
- LAI: Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità
- LPP: Legge federale sulla previdenza professionale per la

vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

LAMal: Legge federale sull'assicurazione malattie

LAINF: Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni

LAM: Legge federale sull'assicurazione militare

LIPG: Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità

LAFam: Legge federale sugli assegni familiari

LADI: Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza

## **2. Danno alla salute**

Il danno alla salute include la malattia e/o l'infortunio.

## **3. Malattia**

È considerata malattia qualsiasi danno involontario alla salute fisica o mentale o psichica, medicalmente e oggettivamente identificabile che non sia la conseguenza di un infortunio o dei suoi postumi e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità. Le complicazioni legate alla gravidanza sono equiparate a una malattia.

## **4. Infortunio**

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte e sia medicalmente e oggettivamente identificabile. Sono generalmente equiparati a un infortunio i postumi di un infortunio, le ricadute di infortuni, le lesioni fisiche equiparate a un infortunio e le malattie professionali ai sensi della LAINF.

## **5. Congedo maternità**

Il congedo maternità è un periodo ininterrotto che decorre dalla data del parto e si conclude alla fine della durata più estesa prevista tra quella fissata nella LIPG e quella della legge cantonale applicabile.

## **6. Incapacità**

Salvo diversa indicazione, il termine incapacità concerne tanto l'incapacità al lavoro quanto l'incapacità di guadagno.

## **7. Incapacità al lavoro**

È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità dell'assicurato, totale o parziale, derivante da un danno alla sua salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nell'ambito della propria professione o del proprio campo d'attività. In caso d'incapacità al lavoro superiore a sei mesi, il diritto alle prestazioni dipende dall'incapacità al guadagno.

## **8. Incapacità al guadagno**

- È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno dell'assicurato su un mercato del lavoro equilibrato.
- Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le limitazioni mediche.
- L'incapacità al guadagno è determinata dalla differenza tra il reddito ottenuto prima dell'incapacità al lavoro nella professione abitualmente esercitata e il reddito medio che dal punto di vista medico potrebbe essere realizzato in un'altra attività, tenuto conto del livello di competenze dell'assicurato, secondo la Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) in vigore.

## **9. Caso d'assicurazione**

È considerato caso d'assicurazione il verificarsi di un'incapacità che dà diritto a prestazioni e che è causata da uno o più danni alla salute.

## **10. Ricaduta / nuovo caso d'assicurazione**

È considerata ricaduta un'incapacità medicalmente connessa a un caso anteriore. La ricaduta è considerata come nuovo caso d'assicurazione soltanto se insorge dopo un termine di 365 giorni dalla fine del diritto alle prestazioni del caso d'assicurazione anteriore.

## **11. Libero passaggio**

Il libero passaggio da un'assicurazione collettiva sottoscritta con la Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA.

## **B. Portata dell'assicurazione**

### **Art. 4 Polizza d'assicurazione**

Nella polizza d'assicurazione figurano tutti i dettagli della copertura assicurativa, tra cui i rischi assicurati, l'importo dell'indennità giornaliera, il termine d'attesa e la durata delle prestazioni.

### **Art. 5 Validità territoriale e temporale**

#### **1. Validità territoriale**

La copertura d'assicurazione è accordata fintanto che l'assicurato è domiciliato in Svizzera. Per l'assicurato domiciliato all'estero, la copertura continua ad essere accordata finché prova di percepire un reddito proveniente da un'attività lucrativa in Svizzera.

#### **2. Validità temporale**

Le persone totalmente o parzialmente inabili al lavoro al momento dell'entrata in vigore della polizza non sono assicurate. Lo saranno non appena avranno riacquisito la piena capacità lavorativa per almeno trenta giorni. Rimangono riservati i casi di libero passaggio.

### **Art. 6 Coperture d'assicurazione**

L'assicurato può scegliere tra due coperture.

#### **Variante 1**

Le prestazioni sono erogate per ogni caso d'assicurazione per una durata massima di 730 giorni, in coordinamento LPP.

#### **Variante 2**

La durata del diritto alle prestazioni è di 730 giorni durante un periodo di 900 giorni consecutivi per una o più incapacità.

### **Art. 7 Condizioni d'adesione**

- Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera e che vi esercita un'attività lucrativa, dell'età di 15 anni compiuti, ma che non ha ancora compiuto 55 anni, può stipulare l'assicurazione.
- Nell'ambito di un libero passaggio, i frontalieri che esercitano un'attività lucrativa in Svizzera o le persone domiciliate in Svizzera che non hanno ancora raggiunto l'età del pensionamento AVS possono anch'esse stipulare l'assicurazione.
- Ad eccezione delle persone che rientrano nel libero passaggio, è obbligatorio un esame dello stato di salute.

## C. Inizio e fine del contratto

### Art. 8 Inizio e fine del contratto

#### 1. Inizio del contratto

La data d'entrata in vigore del contratto è indicata nella polizza, così come la data di scadenza fissata al 31 dicembre di un anno civile.

#### 2. Rinnovo tacito del contratto

Alla scadenza della polizza e salvo notifica di disdetta ricevuta al massimo entro il 30 settembre dell'anno civile, il contratto è prolungato tacitamente di anno in anno.

#### 3. Fine del contratto

Il contratto finisce:

- a. in caso di cessazione dell'attività lucrativa;
- b. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 17 capoverso 3 delle presenti condizioni generali;
- c. se l'assicurato domiciliato all'estero non può più giustificare di percepire un reddito proveniente da un'attività lucrativa in Svizzera;
- d. in caso di disdetta da parte dell'assicurato o dell'assicuratore;
- e. in caso di disdetta a seguito dell'aumento dei premi ai sensi dell'articolo 16;
- f. in caso di esaurimento del diritto massimo alle prestazioni;
- g. alla fine del mese durante il quale l'assicurato raggiunge l'età della pensione AVS.

### Art. 9 Disdetta a seguito di sinistro

1. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore ha versato una prestazione, l'assicurato 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 l'assicurato disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti non appena l'assicuratore riceve la notifica di disdetta.
2. L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto che ha per legge 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 Pretese illecite

L'assicuratore può annullare o disdire la polizza se l'assicurato ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti o ha recato pregiudizio.

## D. Copertura d'assicurazione

### Art. 11 Inizio e fine della copertura d'assicurazione

1. La copertura assicurativa comincia alla data d'entrata in vigore della polizza.
2. La copertura assicurativa e il diritto alle prestazioni cessano in uno dei seguenti casi:
  - a. in caso di esaurimento del diritto massimo alle prestazioni;

- b. in caso di mancato pagamento dei premi secondo l'articolo 17 delle presenti condizioni generali;
- c. se il contratto è sospeso;
- d. alla fine del contratto.

## E. Prestazioni assicurate

### Art. 12 Condizioni

1. L'assicuratore corrisponde le indennità giornaliere fino a concorrenza di Fr. 350.– al giorno, al massimo, con riserva degli assicurati che rientrano nel libero passaggio.
2. 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.
3. I giorni d'incapacità parziale indennizzati sono considerati come giorni interi.
  - 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 precedenti il giorno della notifica.
4. Se il certificato iniziale è stato emesso più di tre giorni dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa, l'assicuratore si riserva il diritto, in caso di dubbio, di considerare il giorno di rilascio del certificato come primo giorno d'incapacità.
5. L'assicuratore paga l'incapacità medicalmente attestata e comprovata. Un attestato del medico, basato su regolari consultazioni in studio, deve essere trasmesso all'assicuratore almeno una volta al mese.
6. Le indennità giornaliere erogate rientrano tra le prestazioni dell'assicurazione danni. L'indennizzo non può superare la perdita di guadagno effettiva.
7. L'assicuratore indennizza l'incapacità soltanto se la perdita di salario /guadagno deriva da un'attività lucrativa esercitata in Svizzera.
8. Le indennità giornaliere corrisposte all'assicurato prima della stipulazione del presente contratto, o dal precedente assicuratore o nell'ambito di un'assicurazione collettiva, sono imputate sulla durata massima delle prestazioni del presente contratto e conformemente alla variante di prodotto scelta dall'assicurato.
9. L'assicuratore non può rinunciare all'indennità giornaliera per impedire l'esaurimento del proprio diritto all'indennità giornaliera. In questo caso, l'assicuratore eroga le prestazioni in base alla valutazione dell'incapacità effettuata dal medico di fiducia.

### Art. 13 Termine d'attesa

- a. L'indennità giornaliera dovuta è corrisposta dopo la scadenza del termine di attesa scelto, per ogni giorno d'incapacità (domenica e festivi inclusi).
- b. Se 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.

- c. Il termine d'attesa si applica per ogni incapacità. In caso di ricaduta, si applica soltanto l'eventuale termine di attesa residuo.
- d. Il termine di attesa è imputato sulla durata delle prestazioni.

## Art. 14 Prestazioni all'estero

1. Con riserva del capoverso 3, durante un soggiorno all'estero, rispettivamente al di fuori della zona del domicilio per i frontalieri (raggio di 100 km), le prestazioni non sono corrisposte. Le prestazioni sono nuovamente erogate dal rientro in Svizzera dell'assicurato, debitamente attestato, rispettivamente nella zona del domicilio per i frontalieri. Tuttavia, le prestazioni sono erogate durante il periodo dell'ospedalizzazione se non è possibile effettuare un rimpatrio.
2. L'assicurato che lavora all'estero per conto di un datore di lavoro svizzero e l'assicurato che soggiorna all'estero per seguire una formazione e continua ad essere remunerato dal datore di lavoro svizzero hanno diritto alle indennità giornaliere. La copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni si estinguono dopo 24 mesi.
3. Durante l'incapacità lavorativa, l'assicurato che desidera recarsi all'estero, rispettivamente il frontaliere che desidera assentarsi dalla zona di domicilio, deve informarne l'assicuratore. Quest'ultimo si riserva allora il diritto di continuare a versare le indennità giornaliere per un soggiorno limitato e dopo aver valutato le circostanze. Senza l'accordo dell'assicuratore, le prestazioni durante il soggiorno sono rifiutate.

## Art. 15 Limitazione del diritto alle prestazioni

Le prestazioni sono rifiutate:

- a. in caso di riserva e di reticenza;
- b. in caso d'incapacità derivante da un intervento di chirurgia estetica volontario non assunto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- c. in caso di incapacità dovute a terremoti;
- d. in caso di incapacità dovute ad atti di guerra:
  - in Svizzera,
  - all'estero, a meno che l'assicurato non sia stato colto alla sprovvista da tali avvenimenti nel paese in cui soggiorna e l'incapacità si manifesta entro tre mesi dall'inizio di tali avvenimenti;
- e. in caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione;
- f. per i danni alla salute derivanti da radiazioni ionizzanti e per i danni causati da radiazioni nucleari, salvo per i danni alla salute derivanti da un trattamento medico;
- g. in caso d'incapacità durante il servizio militare all'estero;
- h. in caso d'incapacità derivante da un danno alla salute provocato dall'assicurato (tentato suicidio, suicidio, mutilazione volontaria);
- i. se l'assicurato non rispetta il principio della riduzione del danno.

Le prestazioni sono ridotte o rifiutate:

- j. se l'infortunio è causato per colpa dell'assicurato, in caso di pericoli straordinari e di atti temerari ai sensi della LAINF.

- k. Le prestazioni possono essere ridotte, se non addirittura, nei casi gravi, rifiutate se l'assicurato non rispetta gli obblighi previsti nell'articolo 18 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.
- l. Le prestazioni possono essere, temporaneamente o definitivamente, ridotte o rifiutate se l'assicurato rifiuta di collaborare alle misure d'istruzione (ad esempio farsi esaminare da un medico delegato dall'assicuratore) o di fornire tutte le informazioni sui fatti di sua conoscenza che possono servire a determinare il diritto alle prestazioni. L'assicurato deve rispondere in modo completo e veritiero alle domande poste dall'assicuratore.

## F. Premi

### Art. 16 Adeguamento del tasso di premio

1. Il tasso di premio può essere adeguato per ogni anno civile.
2. Gli adeguamenti prendono effetto dal 1° gennaio di ogni anno civile.
3. L'assicuratore comunica all'assicurato il nuovo tasso al massimo 25 giorni prima della fine dell'anno in corso. Se l'assicurato si oppone alla modifica del contratto, può notificarne la disdetta per la fine dell'anno in corso.
4. Le modifiche sono considerate approvate se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta per raccomandata prima della fine dell'anno civile.

### Art. 17 Pagamento dei premi

1. L'assicurato è il debitore dei premi.
2. Se il premio non è pagato entro i termini, l'assicuratore ingiunge al debitore il pagamento dell'importo dovuto, 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.
  - I sinistri che si verificano durante il periodo di sospensione non sono coperti.
  - Per i sinistri in corso, il versamento delle prestazioni ricomincia alla data in cui sono saldati i premi arretrati.
3. Se l'assicuratore non richiede tramite procedimento esecutivo il pagamento del premio arretrato in questione e delle spese nei due mesi successivi alla scadenza del termine di 14 giorni, il contratto è considerato come disdetto.
4. Durante il periodo di sospensione, i giorni d'incapacità sono imputati sulla durata del diritto alle prestazioni.

## G. Altre disposizioni

### Art. 18 Obblighi dell'assicurato

1. L'assicurato s'impegna a notificare qualsiasi incapacità lavorativa entro 15 giorni dal suo insorgere e fornisce all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qual-

siasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (procura, certificati medici, decisione e/o conteggi di altri assicuratori ecc.). Deve altresì comunicare immediatamente all'assicuratore qualsiasi cambiamento della sua situazione che potrebbe avere un impatto sul diritto alle prestazioni (modifica del tasso d'incapacità, iscrizione all'assicurazione disoccupazione, diritto a prestazioni di terzi ecc).

2. Durante l'incapacità, l'assicurato deve rimanere raggiungibile dall'assicuratore per controlli amministrativi e medici.
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 da lui delegati (ispettore dei sinistri, gestori, medici ecc.). Deve in particolare seguire le prescrizioni dell'assicuratore, fornirgli i documenti richiesti e rispondere alle sue domande.  
Se l'assicurato non si presenta a una convocazione imposta dall'assicuratore 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. 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. Se l'assicurato non presenta o non presenta entro i termini la domanda di prestazioni, le indennità giornaliere sono sospese fino al giorno in cui presenta tale domanda.
6. L'assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno e ciò implica tra l'altro l'obbligo di collaborare con altri enti dell'assicurazione sociale (assicurazione per l'invalidità, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione militare ecc.).
7. L'assicurato deve partecipare, nei limiti di quanto si possa ragionevolmente da lui pretendere, a una cura o a un piano di reinserimento professionale volto a migliorare notevolmente la sua capacità lavorativa o a offrire una nuova possibilità di guadagno.
8. Al massimo entro tre giorni dall'inizio dell'incapacità, l'assicurato deve consultare nel suo studio un medico autorizzato e seguirne le prescrizioni.
9. **In caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione, l'assicurato deve assumere i costi delle ricerche condotte per appurare la sua incapacità e per la gestione dell'incanto.**

## **Art. 19 Prestazioni di terzi**

1. L'assicuratore interviene sussidiariamente a qualunque altro assicuratore sociale o privato che copre la perdita di guadagno dell'assicurato, nei limiti della copertura prevista nella polizza.
2. Se un terzo riduce le proprie prestazioni a causa di una sanzione, l'assicuratore non compensa la riduzione che ne scaturisce.
3. Se diversi assicuratori privati coprono sussidiariamente la perdita di guadagno, il totale delle prestazioni versate non può essere superiore alla perdita subita. Per questo mo-

tivo, l'assicuratore versa la perdita di salario/guadagno in proporzione all'indennità giornaliera che assicura rispetto al totale delle indennità giornaliere assicurate.

4. Dal verificarsi di un rischio assicurato, l'assicuratore è surrogato fino a concorrenza delle prestazioni contrattuali ai diritti dell'assicurato e dei superstiti contro qualsiasi terzo responsabile.
5. Se, senza accordo dell'assicuratore, l'assicurato stipula con un terzo tenuto a versare prestazioni una convenzione nella quale rinuncia totalmente o parzialmente alle prestazioni assicurative o al risarcimento cui ha diritto, le prestazioni contrattuali corrispondenti sono ridotte in proporzione.
6. L'assicuratore anticipa le prestazioni perdita di guadagno finché l'assicurazione per l'invalidità (AI), l'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (LAM), un istituto di previdenza professionale (LPP) o un assicuratore estero o privato non definiscono un diritto a una rendita. Dall'erogazione di una rendita da parte di uno o più enti precitati, l'assicuratore ha il diritto di richiedere direttamente a questi ultimi o a un'eventuale parte terza il rimborso degli anticipi effettuati. L'importo restituito rimane all'assicuratore.
7. Per il calcolo della durata delle prestazioni, i giorni in cui le prestazioni sono ridotte a causa di prestazioni di terzi sono considerati come giorni interi.

## **Art. 20 Sovraindennizzo**

Le prestazioni dell'assicuratore o il loro concorso con quelle di altri assicuratori non devono dar luogo a un sovraindennizzo degli assicurati. Il sovraindennizzo, cioè la parte di indennità giornaliera versata superiore alla perdita di salario/guadagno effettiva deve essere rimborsato all'assicuratore.

## **Art. 21 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni**

L'assicurato non può né cedere, né costituire in pegno il proprio credito nei confronti dell'assicuratore, senza il suo consenso.

## **Art. 22 Comunicazioni**

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

## **Art. 23 Giurisdizione**

Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio e in franchi svizzeri.

## **Art. 24 Foro competente**

In caso di controversia, l'assicurato 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.