



## Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)  
Informazione per la clientela secondo la LCA

### Informazione per la clientela

La seguente informazione per la clientela offre una panoramica sull'identità dell'assicuratore e sul contenuto essenziale del contratto d'assicurazione conformemente all'art. 3 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). I diritti e i doveri delle parti contraenti sono deducibili dalla proposta d'assicurazione risp. dalla polizza assicurativa e dalle Condizioni generali d'assicurazione, nonché dalle leggi applicabili, in particolare dalla LCA.

#### Chi è l'assicuratore?

L'assicuratore è la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA, indicata qui di seguito CONCORDIA, con sede statutaria alla Bundesplatz 15, 6002 Lucerna. La CONCORDIA è una società anonima secondo il diritto svizzero.

#### Quali sono i rischi assicurati e qual è l'entità della protezione assicurativa?

L'assicurazione copre le conseguenze finanziarie dei rischi seguenti:

- malattia e/o
- infortunio e/o
- maternità.

I rischi concreti assicurati nonché l'entità della protezione assicurativa sono deducibili dalla proposta d'assicurazione risp. dalla polizza assicurativa nonché dalle Condizioni generali d'assicurazione.

Non esiste nessuna protezione assicurativa tra l'altro per le incapacità al lavoro in seguito a tentato o compiuto suicidio o automutilazione.

Le prestazioni assicurate vengono ridotte e in casi particolarmente gravi negate:

- qualora lo stipulante, risp. l'assicurato avesse mancato ai suoi doveri e obblighi nei confronti dell'assicuratore, a meno che possa dimostrare che la mancanza non è imputabile a colpa;
- per infortuni conseguenti ad atti temerari.

Le prestazioni assicurate dall'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera vengono ridotte delle prestazioni di altre assicurazioni private e sociali nonché del guadagno realizzabile da un'attività ragionevolmente esigibile.

Ulteriori esclusioni e riduzioni sono indicate nelle Condizioni generali d'assicurazione.

#### A quanto ammonta il premio?

L'ammontare del premio può dipendere dall'età, dal sesso, dalla professione, dall'occupazione o dal domicilio di diritto civile della persona assicurata, dai relativi rischi assicurati, dall'ammontare dell'indennità giornaliera e dal termine d'attesa nonché dalla durata delle prestazioni convenuta. Tutte le indicazioni a riguardo del premio possono essere tratte dalla proposta d'assicurazione risp. dalla polizza assicurativa.

Per la fine del contratto l'assicuratore insieme allo stipulante può adattare i premi conformemente alla mutata struttura dell'età degli assicurati e/o ai dati d'esperienza relativi ai sinistri dall'inizio del contratto.

#### Quando bisogna pagare il premio?

Il premio annuo deve essere pagato in anticipo e scade il 1° gennaio di ogni anno o - in caso di pagamento rateale - il 1° di ogni mese.

#### Quali altri obblighi incombono alla persona assicurata?

- **Obbligo di riduzione dei danni:** in caso di incapacità al lavoro in seguito a una malattia o a un infortunio, la persona assicurata deve provvedere affinché le venga fornito quanto prima un trattamento medico qualificato. È obbligata a seguire le disposizioni del medico. Se nella sua professione o nella sua abituale attività è presumibilmente e in modo permanente completamente o parzialmente incapace al lavoro, è obbligata a sfruttare l'eventuale capacità al lavoro residua.
- **Obbligo di notifica:** l'evento assicurato deve immediatamente essere annunciato alla CONCORDIA
- **Obbligo di collaborazione:** la persona assicurata deve fornire alla CONCORDIA informazioni complete e veritiere su tutto ciò che riguarda il caso assicurativo (malattia, infortunio, gravidanza), nonché per quel che riguarda precedenti malattie e infortuni, ed esonera il personale medico curante (medico, ecc.) dal segreto professionale

nei confronti della CONCORDIA. È obbligata ad annunciarsi presso le rispettive assicurazioni sociali, in particolare presso l'ufficio AI, per il versamento di prestazioni, se un medico o l'assicuratore l'ha disposto. Su richiesta dell'assicuratore, la persona assicurata è obbligata a sottoporsi ad ulteriori visite mediche.

Ulteriori obblighi sono deducibili dalle Condizioni generali d'assicurazione nonché dalla LCA.

#### **Quando inizia l'assicurazione?**

La protezione assicurativa ha inizio per gli assicurati che sono completamente abili al lavoro quando l'assicuratore ha accettato per iscritto la proposta risp. la dichiarazione d'adesione, al più presto però il giorno richiesto per l'inizio dell'assicurazione, risp. il giorno indicato nella polizza.

#### **Quanto dura il contratto?**

L'assicurazione viene stipulata per la durata convenuta nel contratto per la fine di un periodo d'assicurazione (anno civile) e si rinnova tacitamente di volta in volta alla scadenza del contratto per un ulteriore anno.

#### **Quando termina il contratto?**

La protezione assicurativa si estingue:

- con il decesso della persona assicurata;
- con la cessazione dell'attività lucrativa;
- con l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate, in particolare con la cessazione dell'attività per lo stipulante dell'assicurazione. L'assicurato ha la possibilità, di regola entro 3 mesi dalla ricezione dell'informazione sul suo diritto di passaggio, di passare all'Assicurazione individuale d'indennità giornaliera TOP;
- con l'estinzione del contratto d'assicurazione. L'assicurato ha la possibilità, di regola entro 3 mesi dalla ricezione dell'informazione sul suo diritto di passaggio, di passare all'Assicurazione individuale d'indennità giornaliera TOP;
- in caso di fallimento dello stipulante con l'apertura del fallimento;
- con la riscossione di una rendita AVS;
- con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni stipulata;
- in caso di soggiorno fuori dalla Svizzera dopo 12 mesi. Fanno eccezione i soggiorni di lavoro all'estero su incarico del datore di lavoro;
- in caso di interruzione del lavoro (eccetto disoccupazione) di oltre 30 giorni, qualora per questo periodo non esista un diritto al salario.

L'assicurazione può essere disdetta per iscritto con preavviso di tre mesi al più presto per la fine della durata del contratto ed in seguito per la fine di ogni periodo d'assicurazione. La disdetta è avvenuta tempestivamente se è giunta presso la CONCORDIA al più tardi l'ultimo giorno prima dell'inizio del termine di preavviso di tre mesi.

Inoltre lo stipulante può disdire l'assicurazione per iscritto in caso di cambiamento della tariffa dei premi per la fine del periodo assicurativo in corso. La disdetta è avvenuta tempestivamente se è giunta presso la CONCORDIA al più tardi l'ultimo giorno del periodo assicurativo in corso.

Inoltre la CONCORDIA può disdire il contratto:

- se sono stati taciuti fatti rilevanti o se ne è stata data falsa comunicazione (violazione dell'obbligo di dichiarazione/reticenza).

La CONCORDIA può recedere dal contratto:

- se lo stipulante è in ritardo con il pagamento del premio, se è stato diffidato e la CONCORDIA rinuncia a recuperare il premio;
- in caso di frode assicurativa.

Ulteriori possibilità di terminare il contratto sono indicate nelle Condizioni generali d'assicurazione nonché dalla LCA.

#### **Come vengono elaborati i dati presso la CONCORDIA?**

La CONCORDIA elabora i dati provenienti dai documenti contrattuali o dall'esecuzione dei contratti e li utilizza soprattutto per la fissazione del premio, per la valutazione del rischio, per il trattamento dei casi assicurativi, per l'analisi statistica nonché per scopi di marketing. I dati vengono conservati fisicamente o elettronicamente. La CONCORDIA può trasmettere i dati, nella misura necessaria, a terzi partecipi all'esecuzione del contratto. La CONCORDIA può inoltre richiedere informazioni utili a enti e ulteriori terzi, soprattutto riguardo all'andamento del sinistro. Questo è valido a prescindere dalla realizzazione del contratto. La persona assicurata ha il diritto di richiedere alla CONCORDIA le informazioni previste per legge sull'elaborazione dei dati che la riguardano.



# Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

	Art.		
<b>I. In generale</b>		<b>VI. Premi</b>	
Basi	1	Adattamento dei premi	36
Assicuratore, stipulante	2	Tariffa dei premi	37
Impresa assicurata	3	Scadenza, pagamento dei premi	38
Persone assicurate	4	Premio anticipato	39
		Conteggio dei premi	40
<b>II. Entità dell'assicurazione</b>		Diffida, mora nel pagamento	41
Oggetto dell'assicurazione	5	Restituzione dei premi	42
Validità territoriale	6	Partecipazione alle eccedenze	43
		<b>VII. Obblighi e motivazione del diritto alle prestazioni</b>	
<b>III. Definizioni</b>		Obblighi e doveri	44
Forma maschile, femminile	7	Motivazione del diritto alle prestazioni	45
Assicurazione danni	8	<b>VIII. Limitazioni della protezione assicurativa</b>	
Medico	9	Esclusioni	46
Incapacità al lavoro	10	Riduzione e rifiuto delle prestazioni	47
Malattia	11	Negligenza grave	48
Infortunio	12	Assicurazione multipla	49
Ricaduta, nuovo evento assicurativo	13	Versamento delle prestazioni, sovrindennizzo e restituzione	50
Periodo d'assicurazione	14	Prestazione anticipata e regresso	51
		<b>IX. Varia</b>	
<b>IV. Inizio e fine dell'assicurazione</b>		Compensazione, cessione e costituzione in pegno	52
Possibilità di ammissione	15	Obbligo d'informazione dello stipulante	53
Assicurazione senza esame dello stato di salute	16	Adempimento	54
Inizio del contratto nell'assicurazione senza esame dello stato di salute	17	Comunicazioni	55
Assicurazione con esame dello stato di salute	18	Foro competente	56
Risultato dell'esame dello stato di salute	19		
Inizio del contratto nell'assicurazione con esame dello stato di salute	20	<b>I. In generale</b>	
Durata del contratto	21	<b>1 Basi</b>	
Fine dell'assicurazione	22	1.1 Formano le basi del contratto:	
Congedo non pagato	23	1.1.1 le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), eventuali Condizioni complementari d'assicurazione (CCA), come pure le disposizioni della polizza ed eventuali aggiunte;	
Disdetta	24	1.1.2 le dichiarazioni scritte che lo stipulante (proponente) e gli assicurati (le persone da assicurare) inoltrano nella proposta, nel rapporto del medico esaminante ed in altri documenti scritti.	
Rinuncia al diritto legale di cessazione	25	1.2 Disposizioni divergenti contenute nelle Condizioni complementari d'assicurazione hanno la precedenza su queste CGA.	
Estinzione del diritto alle prestazioni	26		
Diritto di passaggio	27		
<b>V. Prestazioni assicurate</b>			
Diritto alle prestazioni	28		
Computo di prestazioni dipendenti dal salario	29		
Termine d'attesa	30		
Durata delle prestazioni	31		
Dimoranti temporanei e impiegati stagionali	32		
Prestazioni all'estero	33		
Gravidanza	34		
Parto	35		

- 1.3 Qualora un caso non sia esplicitamente regolato da questi documenti, fa stato la legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA).

## **2 Assicuratore, stipulante**

- 2.1 Assicuratore ai sensi delle seguenti disposizioni è la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA, in seguito denominata CONCORDIA, Lucerna.
- 2.2 Vale quale stipulante la persona fisica o giuridica che conclude il contratto d'assicurazione.

## **3 Impresa assicurata**

Valgono quale impresa assicurata le imprese e le aziende secondarie indicate in particolare nella polizza.

## **4 Persone assicurate**

- 4.1 Sono assicurate le persone o i gruppi di persone indicati nella polizza.
- 4.2 Solo in quanto esplicitamente nominati nella polizza, il datore di lavoro ed i suoi familiari collaboranti nella ditta, ma non figuranti nella contabilità salariale, sono inclusi nell'assicurazione.

# II. Entità dell'assicurazione

## **5 Oggetto dell'assicurazione**

- 5.1 Nel quadro delle seguenti condizioni e delle prestazioni stabilite nella polizza ed in eventuali Condizioni complementari d'assicurazione (CCA), l'assicuratore concede una protezione assicurativa contro le conseguenze economiche causate da incapacità al lavoro in seguito a malattia e – qualora stipulato – in seguito a parto e infortunio.
- 5.2 L'assicurazione è un'assicurazione danni.

## **6 Validità territoriale**

- 6.1 L'assicurazione è valevole in tutto il mondo.
- 6.2 Per gli assicurati che soggiornano fuori dalla Svizzera la protezione assicurativa si estingue dopo 12 mesi.

# III. Definizioni

## **7 Forma maschile, femminile**

La forma maschile scelta in queste Condizioni generali d'assicurazione (CGA) ed in altre disposizioni vale anche per persone di sesso femminile.

## **8 Assicurazione danni**

L'assicurazione danni copre la perdita di guadagno che risulta in seguito a malattia e – se concordato – in seguito a parto e infortuni, computando però il salario che il datore di lavoro continua a corrispondere nonché le prestazioni di altre assicurazioni private e sociali o di altri aventi obbligo di pagamento. Il

pagamento della prestazione assicurata dipende dal fatto se e in quale misura la persona assicurata ha subito un danno in seguito a malattia e – se concordato – in seguito a parto e infortuni. Trova applicazione l'art. 50.

## **9 Medico**

Valgono quale medico i medici e i chiropratici autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

## **10 Incapacità al lavoro**

Si tratta di incapacità al lavoro, se in seguito a malattia assicurata o a infortunio assicurato, l'assicurato è completamente o in parte incapace di svolgere la sua professione attuale o un'altra attività lucrativa ragionevolmente esigibile. Ragionevolmente esigibile è un'altra attività lucrativa quando è adeguata alle conoscenze, alle capacità e alla situazione personale di vita finora.

## **11 Malattia**

È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica riscontrabile dal punto di vista medico e indipendente dalla volontà dell'assicurato, che richiede cure mediche e non deriva da infortunio, da lesione corporale parificabile ai postumi d'infortunio o da malattia professionale come definita nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

## **12 Infortunio**

- 12.1 È considerato infortunio ogni influsso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, nonché lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio e malattie professionali secondo la definizione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.
- 12.2 Per infortuni non professionali sono assicurate solo le persone che lavorano per l'impresa assicurata almeno 8 ore la settimana.

## **13 Ricaduta, nuovo evento assicurativo**

- 13.1 Malattie ed infortuni in connessione dal punto di vista medico a malattie o infortuni precedenti sono considerati ricadute.
- 13.2 È considerato un nuovo evento assicurativo, quando per la stessa causa e durante almeno 180 giorni l'assicurato non ha né avuto trattamenti medici né è stato completamente o parzialmente incapace al lavoro.
- 13.3 Se dopo un evento di malattia, per il quale esisteva un obbligo a prestazioni, segue immediatamente un altro evento di malattia dovuto ad un'altra causa e che provoca una nuova incapacità al lavoro, i due eventi di malattia equivalgono per ciò che riguarda la durata delle prestazioni ad un unico evento di malattia, premesso che tra i due eventi non sussistesse una capacità al lavoro completa durante almeno 30 giorni.

#### **14 Periodo d'assicurazione**

Quale periodo d'assicurazione viene considerato l'anno civile.

### **IV. Inizio e fine dell'assicurazione**

#### **15 Possibilità di ammissione**

15.1 L'ammissione nell'assicurazione avviene con o senza esame dello stato di salute. Il tipo di ammissione è indicato nella polizza.

15.2 L'ammissione di persone invalide e/o parzialmente inabili al lavoro è possibile solo in base ad un accordo particolare e con l'esame dello stato di salute.

15.3 L'ammissione di persone che percepiscono una rendita AVS non è possibile.

#### **16 Assicurazione senza esame dello stato di salute**

Se per l'assicurazione non è necessario un esame dello stato di salute, l'ammissione avviene senza dichiarazione individuale d'ammissione. Non vengono applicate riserve.

#### **17 Inizio del contratto nell'assicurazione senza esame dello stato di salute**

17.1 Alle persone da assicurare che il giorno dell'entrata in vigore dell'assicurazione sono pienamente capaci al lavoro, l'assicuratore accorda la protezione assicurativa, non appena la proposta è stata accettata per iscritto, al più presto però dal giorno stipulato per l'inizio dell'assicurazione, risp. dal giorno indicato nella polizza.

17.2 Per dipendenti che vi entrano più tardi, l'assicurazione ha inizio con il giorno dell'inizio dell'attività lavorativa, premesso che in quel momento essi siano pienamente capaci al lavoro.

17.3 Per le persone da assicurare che il giorno della prevista entrata in vigore dell'assicurazione sono totalmente o parzialmente inabili al lavoro, la definitiva protezione assicurativa vale al più presto dal ristabilimento della piena capacità al lavoro. Se in base ad accordi di libero passaggio gli assicurati hanno diritto a condizioni più vantaggiose, queste hanno la precedenza.

#### **18 Assicurazione con esame dello stato di salute**

18.1 Per l'ammissione nell'assicurazione è necessario compilare in modo veritiero e completo l'apposita dichiarazione individuale d'ammissione per ogni persona da assicurare al momento della stipulazione del contratto e per dipendenti aderenti più tardi, al massimo 14 giorni dopo l'inizio della loro attività lavorativa; tale dichiarazione deve essere inviata all'assicuratore. Lo stesso vale per eventuali indicazioni complementari richieste.

18.2 L'assicuratore può far dipendere la sua decisione dal risultato di una visita medica da lui richiesta.

18.3 Se al momento della stipulazione dell'assicurazione il proponente o l'assicurato ha dato indicazioni false o ha taciuto un fatto importante che conosceva o che avrebbe dovuto conoscere, in particolare in relazione a malattie o postumi d'infortunio esistenti al momento della presentazione della proposta d'assicurazione o precedenti la stessa, in tal caso l'assicuratore ha il diritto di disdire per iscritto la parte interessata del contratto entro quattro settimane da quando è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo di dichiarazione. La disdetta acquista efficacia con la notifica allo stipulante.

#### **19 Risultato dell'esame dello stato di salute**

A seconda del risultato dell'esame dello stato di salute l'assicuratore può:

19.1 accordare l'ammissione nell'assicurazione senza riserva;

19.2 escludere dall'assicurazione le malattie e gli infortuni esistenti al momento della proposta d'assicurazione o precedenti la stessa;

19.3 respingere l'ammissione nell'assicurazione.

#### **20 Inizio del contratto nell'assicurazione con esame dello stato di salute**

La protezione assicurativa ha inizio con l'accettazione scritta della dichiarazione individuale d'ammissione da parte dell'assicuratore, al più presto però il giorno richiesto per l'inizio dell'assicurazione risp. il giorno indicato nella polizza.

#### **21 Durata del contratto**

L'assicurazione viene stipulata per la durata convenuta nel contratto per la fine di un periodo d'assicurazione (anno civile) e si rinnova tacitamente di volta in volta alla scadenza della durata del contratto per un ulteriore anno.

#### **22 Fine dell'assicurazione**

La protezione assicurativa per i singoli assicurati si estingue:

22.1 con il decesso della persona assicurata;

22.2 con la cessazione dell'attività lucrativa;

22.3 con l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate, in particolare con la cessazione dell'attività presso lo stipulante dell'assicurazione;

22.4 con l'estinzione del contratto d'assicurazione;

22.5 in caso di fallimento dello stipulante con l'apertura del fallimento;

22.6 con la riscossione di una rendita AVS;

22.7 al raggiungimento della durata massima delle prestazioni stipulate;

22.8 in caso di interruzione del lavoro (eccetto disoccupazione) di oltre 30 giorni, qualora per questo periodo non esista un diritto al salario. La protezione assicurativa non si estingue durante i periodi di interruzione del lavoro in seguito a malattia, infortunio

- o prestazione di servizio militare nell'esercito svizzero o nella protezione civile;
- 22.9 in caso di soggiorno fuori dalla Svizzera dopo 12 mesi. Fanno eccezione i soggiorni di lavoro all'estero su incarico del datore di lavoro.

## **23 Congedo non pagato**

La protezione assicurativa resta valida durante un congedo non pagato fino a 180 giorni senza scioglimento del rapporto di lavoro. Per questo periodo l'obbligo a prestazioni è tuttavia sospeso. Il termine d'attesa inizia il giorno previsto per la ripresa del lavoro.

## **24 Disdetta**

- 24.1 L'assicurazione può essere disdetta con preavviso di tre mesi al più presto per la fine della durata concordata del contratto ed in seguito per la fine di ogni periodo d'assicurazione (art. 14).
- 24.2 Inoltre lo stipulante può disdire l'assicurazione in caso di ogni cambiamento della tariffa dei premi conformemente all'art. 37.
- 24.3 La disdetta deve avvenire per iscritto. La disdetta è avvenuta tempestivamente, se è giunta presso l'assicuratore risp. presso lo stipulante al più tardi l'ultimo giorno prima dell'inizio del termine di preavviso.

## **25 Rinuncia al diritto legale di cessazione**

L'assicuratore rinuncia esplicitamente al suo diritto legale di sciogliere il contratto dopo il verificarsi di un evento assicurato; tranne in caso di violazione dell'obbligo di dichiarazione, come pure in caso di tentato o compiuto abuso assicurativo.

## **26 Estinzione del diritto alle prestazioni**

Il diritto alle prestazioni (incluse le prestazioni per un'attuale incapacità al lavoro) si estingue con la fine dell'assicurazione. Rimane riservato il diritto di restituzione dell'assicuratore in caso di violazione dell'obbligo di dichiarazione.

## **27 Diritto di passaggio**

- 27.1 In caso di uscita dalla cerchia delle persone assicurate o di estinzione del contratto assicurativo (art. 22.4) il singolo assicurato domiciliato in Svizzera può, entro al massimo tre mesi dalla ricezione dell'informazione sul diritto di passaggio, fare richiesta all'assicuratore di passare all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera TOP, nella stessa misura e durata delle precedenti prestazioni assicurate, la quale verrà accettata dall'assicuratore in base alle seguenti norme:
- 27.1.1 Per la valutazione dello stato di salute è determinante il momento dell'ammissione nell'assicurazione collettiva.

27.1.2 Il nuovo premio viene calcolato in base alla tariffa dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera TOP.

27.2 Eventuali prestazioni percepite in base al contratto collettivo vengono computate per entità e durata sulle prestazioni dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera TOP.

27.3 Non esiste diritto di passaggio all'assicurazione individuale:

- in caso di cambiamento del posto di lavoro e passaggio nell'assicurazione d'indennità giornaliera del nuovo datore di lavoro;
- in caso di scioglimento del contratto e continuazione dello stesso da parte di un altro assicuratore per la stessa cerchia di persone, qualora il nuovo assicuratore fosse tenuto a garantire la continuazione della protezione assicurativa in base ad un accordo di libero passaggio;
- in caso di uscita dalla cerchia delle persone assicurate prima dello scadere del tempo di prova pattuito;
- in caso di abbandono dell'attività lucrativa;
- in caso di riscossione di una rendita AVS;
- per i frontalieri.

## **V. Prestazioni assicurate**

### **28 Diritto alle prestazioni**

- 28.1 Le prestazioni assicurate vengono calcolate in base agli accordi contrattuali.
- 28.2 Il diritto alle prestazioni nasce quando in base ad accertamento medico la persona assicurata è completamente o parzialmente incapace al lavoro e premesso che l'incapacità al lavoro sia durata più a lungo del termine d'attesa fissato per contratto. Tale diritto sussiste al più presto cinque giorni prima del primo trattamento medico e al massimo per la durata delle prestazioni stipulata.
- 28.3 In caso d'incapacità al lavoro parziale le prestazioni vengono calcolate in base al grado dell'incapacità al lavoro. Un'incapacità al lavoro inferiore al 25% non dà diritto ad alcuna prestazione.
- 28.4 Se la malattia risp. l'infortunio è soltanto in parte la causa dell'incapacità al lavoro, l'assicuratore accorda solo la parte corrispondente delle prestazioni. In questo contesto trova applicazione anche l'art. 28.3.

### **29 Computo di prestazioni dipendenti dal salario**

- 29.1 Per il calcolo delle prestazioni vale come base l'ultimo salario percepito prima dell'incapacità al lavoro e soggetto a contribuzione AVS, incluso un eventuale 13o salario mensile. Questo salario viene calcolato per un anno intero e diviso per 365. Le norme AVS sono applicabili anche per le persone non soggette a contribuzione AVS. Eventuali aumenti del salario durante l'incapacità al lavoro non vengono considerati.

29.2 Qualora il salario fosse esposto a forti fluttuazioni (p. e. da persone che ricevono provvigioni, supplenti che lavorano in modo irregolare) il diritto alle prestazioni viene calcolato dividendo per 365 il salario percepito durante gli ultimi 12 mesi prima dell'incapacità al lavoro. Se l'impiego nell'impresa assicurata è durato meno di 12 mesi, il calcolo viene effettuato in base al salario stabilito per 12 mesi.

29.3 Salvo accordi contrattuali diversi, il reddito assicurabile per persona e anno è limitato al doppio della somma massima del reddito assicurato in vigore nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

### **30 Termine d'attesa**

30.1 Il termine d'attesa inizia il primo giorno dell'incapacità al lavoro attestata dal medico, al più presto però cinque giorni prima del primo trattamento medico.

30.2 Per il calcolo del termine d'attesa, le giornate d'incapacità al lavoro parziale vengono contate come giornate d'incapacità al lavoro completa.

30.3 Salvo accordi contrattuali divergenti, il termine d'attesa è calcolato separatamente per ogni evento assicurativo. Restano riservate le ricadute secondo l'art. 13.

### **31 Durata delle prestazioni**

31.1 Le prestazioni assicurate vengono versate per la durata pattuita per contratto.

31.2 In caso di versamento ridotto delle prestazioni in seguito ad incapacità al lavoro parziale o prestazioni di terzi, per il computo della durata delle prestazioni le giornate a prestazione ridotta sono considerate giornate complete.

31.3 Se è stata convenuta una continuazione dell'assicurazione dopo il raggiungimento dell'età AVS e se l'assicurato continua a svolgere un'attività lucrativa, esiste diritto alle prestazioni ancora per al massimo 180 giorni, qualora la durata delle prestazioni prevista nella polizza non venisse raggiunta prima.

31.4 L'assicurato non può impedire il raggiungimento della durata massima delle prestazioni stipulata rinunciando a prestazioni.

31.5 I termini d'attesa vengono computati sulla durata massima delle prestazioni.

### **32 Dimoranti temporanei e impiegati stagionali**

I dimoranti temporanei e gli impiegati stagionali non hanno diritto a prestazioni durante la stagione intermedia. Nella nuova stagione, le prestazioni vengono pagate a partire dall'inizio della stagione nella misura dell'anno precedente, qualora si certifichi che in caso di capacità al lavoro ci sarebbe stato un permesso di lavoro e si sarebbe potuto iniziare un lavoro stagionale.

### **33 Prestazioni all'estero**

33.1 Durante un soggiorno di vacanze all'estero le prestazioni vengono versate se viene presentato un attestato medico che certifica l'incapacità al lavoro e la diagnosi medica, e solo finché un viaggio di ritorno non può essere preteso.

33.2 Per assicurati stranieri che si trovano all'estero, il diritto alle prestazioni si estingue al più tardi con la scadenza del termine fino al quale il datore di lavoro è obbligato in base alle disposizioni di legge al versamento continuato del salario. Ne sono eccettuate le degenze ospedaliere, nonché i soggiorni all'estero su incarico del datore di lavoro. Questa limitazione non vale per i frontalieri, finché si trovano nel loro luogo di domicilio o nei suoi dintorni.

33.3 Se una persona assicurata incapace al lavoro si reca all'estero senza il permesso dell'assicuratore, essa perde il diritto alle prestazioni assicurative.

### **34 Gravidanza**

34.1 Nel caso di una gravidanza il diritto alle prestazioni sorge solo in caso di incapacità al lavoro dovuta a complicazioni e certificata dal medico.

34.2 Le prestazioni assicurate vengono accordate solo se la protezione assicurativa è entrata in vigore almeno un anno prima del giorno calcolato per il parto.

### **35 Parto**

35.1 A complemento dell'indennità di maternità secondo la Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità (LIPG) può essere stipulata per contratto un'indennità per parto. Se al momento dell'ammissione nell'assicurazione l'assicurata è già in stato di gravidanza, l'indennità per parto non viene versata.

35.2 Il termine d'attesa convenuto viene computato alla durata delle prestazioni.

35.3 Se non è stata pattuita un'indennità per parto, l'obbligo alle prestazioni è sospeso per otto settimane dopo il parto. Se l'attività lucrativa non viene ripresa entro la 160 settimana dopo il parto, il diritto alle prestazioni è sospeso fino a quel momento.

## **VI. Premi**

### **36 Adattamento dei premi**

Per la fine del contratto l'assicuratore può insieme allo stipulante, rispettando il termine di disdetta contrattuale, adattare i premi tenendo conto della mutata struttura dell'età degli assicurati e/o dei dati d'esperienza relativi ai sinistri dall'inizio del contratto.

### **37 Tariffa dei premi**

Se la tariffa dei premi cambia durante la durata del contratto, l'assicuratore può chiedere l'adattamento

del contratto a partire dal seguente periodo d'assicurazione. A tale scopo esso deve comunicare allo stipulante le nuove condizioni contrattuali per iscritto al più tardi 30 giorni prima del termine del periodo d'assicurazione. Se ne risulta un aumento dei premi, lo stipulante ha il diritto di disdire l'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno del periodo d'assicurazione in corso. Se lo stipulante non ha provveduto alla disdetta, si ritiene che approvi l'adattamento della tariffa dei premi.

### **38 Scadenza, pagamento dei premi**

- 38.1 Il premio annuo deve essere pagato in anticipo. Esso scade il 1° gennaio di ogni anno, all'inizio dell'assicurazione con l'invio della fattura per il corrispondente periodo rimanente di un anno.
- 38.2 Dietro un supplemento dei premi può essere stipulato un pagamento a rate. Le rate sono anche da pagare anticipatamente.
- 38.3 Se è stato stipulato il pagamento a rate, le rate dovute nel corso dell'anno sono semplicemente ritenute in mora.
- 38.4 Se lo stipulante è in ritardo con il pagamento di una rata convenuta, il pagamento del premio rimanente per il periodo d'assicurazione in corso è dovuto immediatamente.

### **39 Premio anticipato**

Per l'inizio di ogni anno civile viene calcolato un premio anticipato dell'ammontare del premio annuale presumibile, la cui scadenza è, secondo il modo di pagamento stipulato, annuale risp. a rate semestrali o trimestrali.

### **40 Conteggio dei premi**

- 40.1 Il conteggio definitivo dei premi avviene alla fine dell'anno civile in base alla somma dei salari secondo le norme AVS pagati nel corso dell'anno assicurativo scaduto, che lo stipulante deve fornire sull'apposito modulo.
- 40.2 Il premio annuo definitivo viene fissato alla fine di ogni anno civile. A tale scopo l'assicuratore invia allo stipulante il modulo necessario con la richiesta di fornirgli le indicazioni necessarie per effettuare il conteggio dei premi. Se, in seguito alla richiesta, lo stipulante non rispedisce il modulo citato entro tempo debito, l'assicuratore lo diffida a rimediare entro 14 giorni dopo la spedizione della diffida. Se la diffida rimane senza effetto, l'obbligo alle prestazioni dell'assicuratore rimane sospeso a datare dalla scadenza del termine di diffida.
- 40.3 Pagamenti suppletivi o rimborsi sono dovuti a pagamento entro 30 giorni dal momento dell'invio del conteggio definitivo dei premi.
- 40.4 L'assicuratore può ognora controllare l'esattezza delle indicazioni dello stipulante e prendere visione

della sua contabilità e dei suoi documenti. Se lo stipulante rifiuta tale controllo o se fornisce deliberatamente indicazioni inesatte, l'assicuratore non è più vincolato al contratto a partire da questo momento.

### **41 Diffida, mora nel pagamento**

- 41.1 Se il premio non viene pagato entro la data di scadenza, lo stipulante viene diffidato per iscritto, con avvertenza sulle conseguenze di mora, ad effettuare il pagamento entro 14 giorni dall'invio della diffida. Se la diffida rimane senza effetto, l'obbligo di prestazioni dell'assicuratore viene sospeso a partire dalla data di scadenza del termine di diffida.
- 41.2 Qualora il premio arretrato non fosse stato richiesto tramite le vie legali entro due mesi dalla scadenza del termine fissato secondo l'art. 41.1, si ritiene che l'assicuratore sia receduto dal contratto e abbia rinunciato al pagamento del premio arretrato.
- 41.3 Se l'assicuratore ha richiesto il premio per vie legali o l'ha accettato più tardi, il suo obbligo di prestazioni rinasce dal momento in cui il premio arretrato venga pagato con interessi e spese. Per casi assicurativi che si verificano durante il periodo di mora l'assicuratore non è tenuto a prestazioni. Gli interessi di mora ammontano al 6% a partire dalla scadenza dei premi.

### **42 Restituzione dei premi**

- 42.1 In caso di scioglimento anticipato del contratto per cause legali o contrattuali prima della scadenza della durata contrattuale convenuta, l'assicuratore effettua la restituzione del premio pagato per la durata non scaduta del contratto, oppure non richiede più il versamento di rate dovute più tardi. Rimangono riservate le spese d'amministrazione che l'assicuratore deve sostenere.
- 42.2 Questa regolazione non vale se in caso di sinistro lo stipulante disdice il contratto prima della scadenza del primo anno d'assicurazione.

### **43 Partecipazione alle eccedenze**

- 43.1 Qualora sia stato convenuto, lo stipulante riceve ad ogni scadenza del periodo di conteggio convenuto un'aliquota di un'eventuale eccedenza dal suo contratto.
- 43.2 Salvo stipulazione di periodi divergenti, lo stipulante riceve ogni tre anni d'assicurazione (periodo di computo dal 1° gennaio al 31 dicembre) un'aliquota convenuta contrattualmente dell'eccedenza netta del contratto.
- 43.3 L'eccedenza netta risulta dalla somma dei premi dei tre anni d'assicurazione meno le prestazioni assicurative versate in questo periodo e meno un'aliquota dei premi convenuta contrattualmente per accantonamenti, riserve e spese d'amministrazione. I premi nonché le prestazioni assicurative versate per gli assicurati che sono passati dall'assicurazione collettiva

d'indennità giornaliera all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera TOP vengono anch'essi considerati per il calcolo dell'eccedenza netta.

- 43.4 In caso di disdetta del contratto prima della fine di un periodo di conteggio, il diritto di partecipazione alle eccedenze si estingue.

## VII. Obblighi e motivazione del diritto alle prestazioni

### 44 Obblighi e doveri

- 44.1 In ogni caso d'incapacità al lavoro che richiede presumibilmente prestazioni dell'assicuratore, bisogna provvedere quanto prima che venga fornito un trattamento medico qualificato. L'assicurato è obbligato a seguire le disposizioni del medico o di altri fornitori di prestazioni.
- 44.2 L'assicuratore ha il diritto di richiedere ai fornitori di prestazioni ulteriori documentazioni ed informazioni, in particolare certificati medici. Lo stipulante risp. l'assicurato deve inoltre dare informazioni complete e veritiere su tutto ciò che riguarda l'incapacità al lavoro nonché per quel che riguarda precedenti malattie e infortuni. Su richiesta dell'assicuratore, l'assicurato esonera i fornitori di prestazioni, che lo curano o che l'hanno curato, dall'obbligo del segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.
- 44.3 Su richiesta dell'assicuratore, l'assicurato è obbligato a sottoporsi ad ulteriori visite mediche.
- 44.4 L'assicuratore si riserva il diritto di effettuare in qualsiasi momento delle visite di assistenza e di controllo presso le persone assicurate incapaci al lavoro.
- 44.5 L'assicurato che nella sua professione o nella sua abituale attività è presumibilmente e in modo permanente completamente o parzialmente incapace al lavoro, deve sfruttare l'eventuale capacità al lavoro residua (obbligo di riduzione dei danni). Un'attività ragionevolmente esigibile in un'altra professione o un altro ramo d'occupazione viene considerata.
- 44.6 L'assicurato è obbligato ad annunciarsi presso le rispettive assicurazioni sociali, in particolare presso l'ufficio AI, per il versamento di prestazioni, se un medico o l'assicuratore l'ha disposto.

### 45 Motivazione del diritto alle prestazioni

- 45.1 La motivazione del diritto alle prestazioni deve avvenire da parte dello stipulante sul modulo messo a disposizione dall'assicuratore.
- 45.2 Incapacità al lavoro di persone assicurate devono essere notificate all'assicuratore allegando il certificato medico al più tardi cinque giorni dopo la scadenza del termine d'attesa convenuto, in ogni caso però entro 30 giorni dopo il verificarsi dell'evento assicurato. In caso di ritardo ingiustificato della notifica, il diritto alle prestazioni assicurate inizia al più presto dal momento dell'arrivo della notifica.

- 45.3 Se per un'incapacità al lavoro oltre all'assicuratore sono tenuti al versamento di prestazioni anche altri assicuratori sociali o privati (p.es. assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione contro gli infortuni, previdenza professionale, altre assicurazioni d'indennità giornaliera), in questo caso le prestazioni assicurate vengono solo versate, se l'evento assicurativo è stato annunciato tempestivamente alle rispettive assicurazioni. Oltre ai documenti citati negli articoli 45.1 e 45.2 devono essere inviati all'assicuratore anche la conferma dell'annuncio, i conteggi ed eventuali decisioni dell'altro assicuratore.

- 45.4 Per far valere un diritto all'indennità per parto pattuita contrattualmente è necessario inviare all'assicuratore un certificato medico che fornisca informazioni sulla durata della gravidanza e sulla data del parto.

## VIII. Limitazioni della protezione assicurativa

### 46 Esclusioni

- Sono escluse dall'assicurazione le conseguenze di:
- 46.1 avvenimenti bellici in Svizzera o all'estero. Qualora però l'assicurato venisse sorpreso nel Paese in cui si trova dallo scoppio di simili avvenimenti, la protezione assicurativa si estingue solo dopo 14 giorni dal primo sorgere degli stessi;
- 46.2 servizio militare all'estero;
- 46.3 partecipazione a eventi bellici o atti di terrorismo;
- 46.4 azione di raggi ionizzanti e danni derivanti dall'energia nucleare;
- 46.5 tentato o compiuto suicidio o automutilazione.

### 47 Riduzione e rifiuto delle prestazioni

- Le prestazioni assicurate vengono ridotte e in casi particolarmente gravi negate:
- 47.1 qualora lo stipulante risp. l'assicurato avesse mancato ai suoi doveri e obbligazioni (art. 44) nei confronti dell'assicuratore, a meno che possa dimostrare che la mancanza non è imputabile a colpa;
- 47.2 per infortuni conseguenti ad atti temerari. Atti temerari sono azioni con le quali un assicurato si espone ad un pericolo straordinario senza intraprendere o poter intraprendere le misure necessarie per limitare il rischio ad una misura ragionevole. Fanno stato le definizioni dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

### 48 Negligenza grave

- L'assicuratore rinuncia al diritto legale di ridurre le prestazioni assicurative in seguito a provocazione dell'evento assicurato per negligenza grave.

#### **49 Assicurazione multipla**

Qualora esistessero contratti d'assicurazione presso più assicuratori tenuti al versamento di prestazioni, le prestazioni verranno versate complessivamente una sola volta. In questo caso viene accertato a quale versamento sarebbe tenuto ogni assicuratore in base alle assicurazioni esistenti presso di lui se lo stesso fosse l'unico tenuto a fornire prestazioni, ed in seguito viene calcolata la somma complessiva delle prestazioni. Di questa somma ogni assicuratore deve assumersi solo quella quota che corrisponde alla parte da lui dovuta della somma complessiva.

#### **50 Versamento delle prestazioni, sovrindennizzo e restituzione**

- 50.1 Il diritto contrattuale alle prestazioni dall'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera viene ridotto delle prestazioni versate da altre assicurazioni private e sociali nonché del guadagno realizzabile da un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile (art. 44.5). In ogni caso viene versata al massimo la prestazione contrattuale.
- 50.2 In caso vi sia un obbligo a prestazioni da parte di assicuratori sociali, l'assicuratore ha il diritto di farsi restituire direttamente dagli stessi le prestazioni che egli ha versato anticipatamente. L'assicuratore richiede direttamente dall'assicurazione federale d'invalidità in particolare il rimborso di prestazioni che ha versato in considerazione di una rendita d'invalidità, a partire dall'inizio del versamento della rendita. L'importo della restituzione corrisponde all'ammontare del sovrindennizzo secondo l'art. 50.1.
- 50.3 In caso di ricorso all'assicuratore invece che al terzo responsabile o al suo assicuratore di responsabilità civile, l'assicurato deve cedere all'assicuratore i suoi diritti nel quadro delle prestazioni accordate.
- 50.4 Risarcimenti accordati da un terzo responsabile o dal suo assicuratore di responsabilità civile vengono dedotti dalle prestazioni dell'assicuratore.
- 50.5 Eventuali riduzioni effettuate in altre assicurazioni non vengono coperte dall'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera.
- 50.6 Le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite all'assicuratore.

#### **51 Prestazione anticipata e regresso**

- 51.1 L'assicuratore può versare anticipatamente delle prestazioni a condizione che l'assicurato gli ceda i suoi diritti nei confronti di terzi con obbligo a prestazioni, fino all'importo delle prestazioni da lui versate e purché egli si impegni a non intraprendere niente che potrebbe intralciare il diritto di far valere un eventuale regresso.
- 51.2 Gli accordi pattuiti con terzi da parte dell'assicurato senza il consenso dell'assicuratore, che implicano la rinuncia parziale o totale a prestazioni assicurative o a pretese di risarcimento dei danni, fanno estinguere l'obbligo alle prestazioni dell'assicuratore.

### **IX. Varia**

#### **52 Compensazione, cessione e costituzione in pegno**

- 52.1 Lo stipulante ossia l'assicurato non ha alcun diritto di compensare nei confronti dell'assicuratore i premi arretrati con dei diritti a prestazioni.
- 52.2 Il diritto alle prestazioni assicurate non può essere né ceduto né costituito in pegno prima che lo stesso sia stato fissato definitivamente e senza l'esplicita approvazione da parte dell'assicuratore.

#### **53 Obbligo d'informazione dello stipulante**

- 53.1 Lo stipulante deve informare per iscritto gli assicurati sui loro diritti ed obblighi derivanti dall'assicurazione, in particolare sulle possibilità di continuazione dell'assicurazione in caso di uscita dalla cerchia delle persone assicurate o in caso di scioglimento del contratto.
- 53.2 Se lo stipulante infrange questo obbligo d'informazione, l'assicurato permane nel contratto collettivo fino a quando ha ricevuto la rispettiva informazione.

#### **54 Adempimento**

- 54.1 Gli obblighi derivanti da questo contratto sono da adempiere in Svizzera e nell'unità monetaria svizzera.
- 54.2 Di regola le prestazioni vengono versate allo stipulante che le trasmette all'assicurato.
- 54.3 Se delle prestazioni soggette all'imposta alla fonte vengono pagate direttamente all'assicurato, dalle stesse verrà dedotta la trattenuta fiscale dovuta alla fonte.
- 54.4 Allo stipulante possono essere versate le prestazioni soggette all'imposta alla fonte senza deduzione. In questo caso egli deve effettuare le trattenute d'imposta alla fonte previste dalle leggi fiscali, ed adempiere nei riguardi del debitore di prestazioni imponibili tutti gli obblighi previsti dalla legge, specialmente liquidare i conti in tempo debito con le autorità fiscali competenti. Lo stipulante deve rispondere di tutti i danni che risultano all'assicuratore per non aver adempito o adempito in modo insufficiente questo obbligo, in particolare per quel che riguarda la consegna in tempo debito delle imposte alla fonte.

#### **55 Comunicazioni**

- 55.1 Tutte le comunicazioni possono essere inviate con validità giuridica alla Sede principale della CONCORDIA o alla sua rappresentanza indicata nella polizza.
- 55.2 Se un altro assicuratore funge da intermediario dell'assicurazione della CONCORDIA, le comunicazioni e gli annunci indirizzati a costui sono considerati come se fossero stati inviati alla CONCORDIA stessa.
- 55.3 Lo stipulante deve comunicare per iscritto ogni cambiamento del suo indirizzo o della sua reale

situazione personale, qualora questi cambiamenti potrebbero essere rilevanti per l'esame dell'obbligo alle prestazioni. Tutte le comunicazioni allo stipulante avvengono in forma giuridicamente valida all'ultimo indirizzo reso noto in Svizzera.

**56 Foro competente**

In caso di controversie derivanti dal presente contratto sono a disposizione dello stipulante risp. dell'assicurato a scelta il foro di Lucerna o quello del suo domicilio svizzero o del suo luogo di lavoro.

**CONCORDIA**

Degna di fiducia

CONCORDIA  
Bundesplatz 15  
6002 Lucerna  
Telefono 041 228 01 11  
[www.concordia.ch](http://www.concordia.ch)  
[info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch)