



## Assicurazioni individuali d'indennità giornaliera STANDARD e PLUS

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 Assicurazioni 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 connessione con:

- consumo di droghe, abuso di alcol e di medicinali;
- tentato o compiuto suicidio o automutilazione, nonché in seguito a:
  - terapie cellulari, cure dimagranti nonché cure di irrobustimento;
  - trattamenti cosmetici e cambiamenti di sesso (incluse complicazioni e conseguenze tardive).

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;
- se lo stipulante risp. l'assicurato ha causato l'incapacità al lavoro per negligenza grave;
- per infortuni conseguenti ad atti temerari.

Le prestazioni assicurate dall'assicurazione individuale d'indennità giornaliera STANDARD 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 convenute. Tutte le indicazioni a riguardo del premio possono essere tratte dalla proposta d'assicurazione risp. dalla polizza assicurativa.

#### 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 quando l'assicuratore ha accettato per iscritto la proposta, 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?**

L'assicurazione si estingue:

- con il decesso della persona assicurata;
- con la disdetta;
- con il recesso da parte dello stipulante o dell'assicuratore;
- con la riscossione di una rendita AVS;
- in caso di fallimento dello stipulante con l'apertura del fallimento;
- con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni stipulata;
- con la cessazione dell'attività lucrativa risp. dell'accudimento ad un'economia domestica propria;
- con il trasferimento all'estero del domicilio di diritto civile;
- con il trasferimento della residenza abituale all'estero durante più di dodici mesi, salvo esplicita convenzione contraria scritta.

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.



# Assicurazioni individuali d'indennità giornaliera STANDARD e PLUS

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

<p><b>I. In generale</b> Basi 1 Assicuratore 2</p> <p><b>II. Entità dell'assicurazione</b> Oggetto dell'assicurazione 3 Ammissione nell'assicurazione 4 Validità territoriale 5</p> <p><b>III. Possibilità d'assicurazione</b> Varianti 6 Termini d'attesa 7 Assicurazione massima consentita 8</p> <p><b>IV. Definizioni</b> Forma maschile, femminile 9 Assicurazione danni 10 Assicurazione di somme 11 Incapacità al lavoro 12 Malattia 13 Infortunio 14 Ricaduta, nuovo evento assicurativo 15 Periodo d'assicurazione 16</p> <p><b>V. Inizio e fine dell'assicurazione</b> Inizio della protezione assicurativa 17 Durata del contratto 18 Polizza surrogata 19 Fine dell'assicurazione 20 Disdetta 21 Rinuncia al diritto legale di cessazione 22 Estinzione del diritto alle prestazioni 23</p> <p><b>VI. Prestazioni assicurate</b> Diritto alle prestazioni 24 Termine d'attesa 25 Durata delle prestazioni 26 Dimoranti temporanei e impiegati stagionali 27 Prestazioni all'estero 28 Gravidanza 29 Parto 30</p> <p><b>VII. Premi</b> Tariffa dei premi 31 Scadenza, pagamento dei premi 32 Diffida, mora nel pagamento 33 Adattamento della tariffa dei premi 34 Cambiamento della graduazione dei premi 35</p>	<p>Art.</p>	<p><b>VIII. Obblighi e motivazione del diritto alle prestazioni</b> Obblighi e doveri 36 Motivazione del diritto alle prestazioni 37</p> <p><b>IX. Limitazioni della protezione assicurativa</b> Esclusioni 38 Riduzione e rifiuto delle prestazioni 39 Assicurazione multipla 40 Versamento delle prestazioni, sovrindennizzo e restituzione 41 Prestazione anticipata e regresso 42</p> <p><b>X. Varia</b> Compensazione, cessione e costituzione in pegno 43 Adempimento 44 Comunicazioni 45 Foro competente 46</p> <p><b>I. In generale</b></p> <p><b>1 Basi</b> 1.1 Formano le basi del contratto: 1.1.1 le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), eventuali Condizioni complementari d'assicurazione (CCA), come pure le disposizioni della polizza ed eventuali aggiunte; 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. 1.2 Disposizioni divergenti contenute nelle Condizioni complementari d'assicurazione hanno la precedenza su queste CGA. 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).</p> <p><b>2 Assicuratore</b> Assicuratore ai sensi delle seguenti disposizioni è la CONCORDIA Assicurazioni SA, in seguito denominata CONCORDIA, Lucerna.</p>
--	-------------	---

## II. Entità dell'assicurazione

### 3 Oggetto dell'assicurazione

- 3.1 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.
- 3.2 L'assicurazione può essere stipulata come assicurazione di somme (assicurazione individuale d'indennità giornaliera PLUS) o assicurazione danni (assicurazione individuale d'indennità giornaliera STANDARD).

### 4 Ammissione nell'assicurazione

- 4.1 L'assicurazione è accessibile solo a persone che esercitano un'attività lucrativa o che accudiscono all'economia domestica.
- 4.2 L'ammissione nell'assicurazione avviene con un esame dello stato di salute.
- 4.3 Per l'ammissione nell'assicurazione o in caso di cambiamenti dell'assicurazione dev'essere compilato in modo veritiero e completo l'apposito formulario di proposta e inviato all'assicuratore. Lo stesso vale per eventuali indicazioni complementari richieste. La decisione può dipendere dal risultato di una visita medica.
- 4.4 Se alla stipulazione dell'assicurazione il proponente o l'assicurato ha dato indicazioni false o ha taciuto fatti importanti 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 il 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.
- 4.5 L'assicuratore ha il diritto di apporre delle riserve per singole malattie e postumi d'infortunio o di rifiutare completamente l'assicurazione.

### 5 Validità territoriale

- 5.1 L'assicurazione è valevole in tutto il mondo.
- 5.2 In caso d'incapacità al lavoro all'estero le prestazioni assicurate vengono versate solo per la durata di una degenza ospedaliera.
- 5.3 Se l'assicurato svolge un'attività lavorativa all'estero per conto di un datore di lavoro svizzero, le prestazioni assicurate vengono accordate per intero. Oltre al certificato medico, l'assicurato deve far confermare la sua incapacità al lavoro anche dal datore di lavoro.
- 5.4 Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono accordate solo in caso di trattamenti ospedalieri nel rispettivo paese di soggiorno. In caso di trasferimenti

e trattamenti in paesi terzi nessuna prestazione può essere rivendicata.

- 5.5 Se gli assicurati si recano all'estero per terapie, cure o parto, non vengono accordate prestazioni.
- 5.6 Per i frontalieri un corridoio limitrofo di 20 km dalla frontiera nazionale svizzera è equiparato alla Svizzera.

## III. Possibilità d'assicurazione

### 6 Varianti

- 6.1 Possono essere scelte le seguenti varianti d'assicurazione:
- indennità giornaliera in caso di malattia;
  - indennità giornaliera in caso di infortunio;
  - indennità giornaliera per persone che accudiscono all'economia domestica, in caso di malattia e d'infortunio.
- 6.2 Queste varianti d'assicurazione possono essere concluse con differente durata delle prestazioni.
- 6.3 Le persone che accudiscono all'economia domestica possono stipulare l'assicurazione d'indennità giornaliera solo come assicurazione di somme (assicurazione individuale d'indennità giornaliera PLUS) con una durata delle prestazioni di 365 giorni.

### 7 Termini d'attesa

Le assicurazioni d'indennità giornaliera possono essere concluse con diversi termini d'attesa. Fanno stato le rispettive tariffe dei premi.

### 8 Assicurazione massima consentita

- 8.1 L'assicuratore accorda con lo stipulante l'importo dell'indennità giornaliera assicurata.
- 8.2 Persone che accudiscono ad un'economia domestica propria possono assicurare un'indennità giornaliera a frazioni da 10, da CHF 10 ad un massimo di CHF 50.
- 8.3 Gli importi massimi non possono essere superati nemmeno mediante cumulazione di diverse assicurazioni stipulate presso l'assicuratore.

## IV. Definizioni

### 9 Forma maschile, femminile

La forma maschile scelta in queste CGA ed in altre disposizioni vale anche per persone di sesso femminile.

### 10 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. 41.

#### **11 Assicurazione di somme**

Nell'assicurazione di somme le prestazioni in caso di malattia e – se non pattuito diversamente – nel caso di parto e infortuni vengono versate indipendentemente dal danno che ne è derivato. Le prestazioni di altre assicurazioni private e sociali o di altri aventi obbligo di pagamento non vengono considerate. Una riduzione delle prestazioni risp. una considerazione del sovrindennizzo in caso di prestazioni di terzi non viene effettuata. Gli art. 40 e 41 non trovano applicazione.

#### **12 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 della persona assicurata.

#### **13 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.

#### **14 Infortunio**

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.

#### **15 Ricaduta, nuovo evento assicurativo**

15.1 Malattie ed infortuni in connessione dal punto di vista medico a malattie o infortuni precedenti sono considerati ricadute.

15.2 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.

15.3 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.

#### **16 Periodo d'assicurazione**

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

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

#### **17 Inizio della protezione assicurativa**

L'assicurazione può essere stipulata per il primo di ogni mese. La protezione assicurativa ha inizio non appena l'assicuratore ha accettato per iscritto la proposta, al più presto però il giorno richiesto per l'inizio dell'assicurazione, risp. il giorno indicato nella polizza.

#### **18 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.

#### **19 Polizza surrogata**

Se una polizza viene surrogata, le prestazioni percepite fino allora e limitate per la durata o per l'importo vengono computate per il calcolo delle prestazioni future.

#### **20 Fine dell'assicurazione**

20.1 L'assicurazione si estingue:

20.1.1 con il decesso dell'assicurato;

20.1.2 con la disdetta;

20.1.3 con il recesso da parte dello stipulante o dell'assicuratore (art. 33.2);

20.1.4 con la riscossione di una rendita AVS;

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

20.1.6 con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni stipulata;

20.1.7 con la cessazione dell'attività lucrativa risp. dell'accudimento ad un'economia domestica propria;

20.1.8 con il trasferimento all'estero del domicilio di diritto civile;

20.1.9 con il trasferimento della residenza abituale all'estero durante più di dodici mesi, salvo esplicita convenzione contraria scritta.

20.2 Lo stipulante risp. l'assicurato è obbligato ad informare immediatamente l'assicuratore per iscritto, se uno degli eventi menzionati negli art. 20.1.7 – 20.1.9 si avverasse. Se questa comunicazione viene omessa, l'assicuratore non è più vincolato al contratto.

## **21 Disdetta**

21.1 L'assicurazione può essere disdetta 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 (art. 16).

21.2 Inoltre lo stipulante può disdire l'assicurazione in caso di cambiamento della tariffa dei premi secondo l'art. 34.

21.3 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.

## **22 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.

## **23 Estinzione del diritto alle prestazioni**

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

# **VI. Prestazioni assicurate**

## **24 Diritto alle prestazioni**

24.1 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 stipulate.

24.2 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 50% non dà diritto ad alcuna prestazione.

24.3 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. 24.2.

## **25 Termine d'attesa**

25.1 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.

25.2 Per il calcolo del termine d'attesa, le giornate d'incapacità al lavoro parziale di almeno il 50% vengono contate come giornate di incapacità al lavoro completa.

25.3 Il termine d'attesa è calcolato separatamente per ogni evento assicurativo.

25.4 Se dopo una malattia, per la quale esisteva un obbligo a prestazioni, segue immediatamente un nuovo caso di malattia dovuto ad un'altra o alla stessa causa, i due casi di malattia equivalgono per ciò che riguarda il termine d'attesa, ad un unico caso di malattia, premesso che nel periodo tra i due eventi non sussistesse una capacità al lavoro completa durante almeno 30 giorni.

## **26 Durata delle prestazioni**

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

26.2 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.

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

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

## **27 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.

## **28 Prestazioni all'estero**

28.1 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.

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

## **29 Gravidanza**

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

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

29.3 L'obbligo alle prestazioni è sospeso durante otto settimane dopo il parto. Se l'attività lucrativa non viene ripresa entro la 16ª settimana dopo il parto, il diritto alle prestazioni è sospeso fino a quel momento.

### **30 Parto**

30.1 Nell'assicurazione di somme può, 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), 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.

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

30.3 L'indennità per parto viene accordata solo se la protezione assicurativa è entrata in vigore almeno un anno prima della data prevista per il parto.

30.4 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 16ª settimana dopo il parto, il diritto alle prestazioni è sospeso fino a quel momento.

## **VII. Premi**

### **31 Tariffa dei premi**

31.1 I premi vengono calcolati per periodo d'assicurazione (art. 16) ed inseriti nella tariffa dei premi.

31.2 La tariffa dei premi può prevedere una graduazione dei premi secondo l'età, il sesso, la professione, l'occupazione o il domicilio di diritto civile. Se cambiano professione, occupazione o domicilio dell'assicurato, ciò dev'essere immediatamente comunicato per iscritto all'assicuratore. I premi possono venire adattati dal momento del cambiamento.

31.3 I premi vengono adattati annualmente alla tariffa dei premi che corrisponde all'età attuale dell'assicurato.

### **32 Scadenza, pagamento dei premi**

32.1 Il premio annuo deve essere pagato in anticipo. Esso scade il 1º gennaio di ogni anno, in caso di adesione nel corso dell'anno, con l'invio della fattura per il rispettivo periodo rimanente di un anno.

32.2 Dietro un supplemento dei premi può essere stipulato un pagamento a rate. Le rate sono anche da pagare anticipatamente.

32.3 Se lo stipulante dispone di più assicurazioni (inclusa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), egli deve scegliere un modo di pagamento unitario.

32.4 Se è stato stipulato il pagamento a rate, le rate dovute nel corso dell'anno sono semplicemente ritenute in mora.

32.5 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.

### **33 Diffida, mora nel pagamento**

33.1 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.

33.2 Qualora il premio arretrato non fosse stato richiesto tramite le vie legali entro due mesi dalla scadenza del termine fissato secondo l'art. 33.1, si ritiene che l'assicuratore sia receduto dal contratto e abbia rinunciato al pagamento del premio arretrato.

33.3 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 e dopo la scadenza del termine di attesa, l'assicuratore non è tenuto a prestazioni.

### **34 Adattamento della tariffa dei premi**

Nel caso di cambiamento della tariffa dei premi, l'assicuratore può richiedere l'adattamento dell'assicurazione dal primo giorno del seguente periodo d'assicurazione. A tale scopo esso deve comunicare allo stipulante le nuove condizioni contrattuali per iscritto al più tardi 30 giorni prima dell'entrata in vigore dei nuovi premi. Lo stipulante ha quindi il diritto di disdire l'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso. Se fa uso di questo diritto, l'assicurazione si estingue alla scadenza 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 dell'assicurazione.

### **35 Cambiamento della graduazione dei premi**

Nel caso in cui un cambiamento della graduazione dei premi secondo l'età, la professione, l'occupazione o il domicilio di diritto civile dell'assicurato provochi un cambiamento del premio, l'assicuratore può adattare il premio a partire dal momento del cambiamento. Lo stipulante ha diritto alla disdetta entro 30 giorni dall'annuncio dei nuovi premi.



## VIII. Obblighi e motivazione del diritto alle prestazioni

### 36 Obblighi e doveri

- 36.1 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.
- 36.2 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.
- 36.3 Su richiesta dell'assicuratore, l'assicurato è obbligato a sottoporsi ad ulteriori visite mediche.
- 36.4 L'assicuratore si riserva il diritto di effettuare in qualsiasi momento delle visite di controllo presso le persone assicurate incapaci al lavoro. L'accoglienza della persona di controllo dell'assicuratore o di una terza persona incaricata non può essere rifiutata.
- 36.5 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, in un altro settore o ambito d'attività viene considerata.
- 36.6 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.

### 37 Motivazione del diritto alle prestazioni

- 37.1 La motivazione del diritto alle prestazioni deve avvenire da parte dello stipulante risp. dell'assicurato sul modulo messo a disposizione dall'assicuratore.
- 37.2 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.
- 37.3 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 37.1 e 37.2 devono essere inviati all'assicuratore anche la conferma dell'annuncio, i conteggi ed eventuali decisioni dell'altro assicuratore.

- 37.4 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.

## IX. Limitazioni della protezione assicurativa

### 38 Esclusioni

- 38.1 Le incapacità al lavoro che si verificano in connessione con i seguenti avvenimenti sono escluse dall'assicurazione:
- conseguenze di 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;
  - servizio militare all'estero;
  - partecipazione a eventi bellici o atti di terrorismo;
  - partecipazione a sommosse, dimostrazioni o avvenimenti simili;
  - esecuzione intenzionale o per negligenza grave di crimini e delitti;
  - partecipazione a risse e a zuffe, a meno che l'assicurato sia stato ferito dai contendenti, senza aver prima avuto parte alcuna alla contesa, o portando soccorso ad una persona nell'impossibilità di difendersi;
  - pericoli ai quali l'assicurato si espone provocando gravemente altre persone;
  - azione di raggi ionizzanti e danni derivanti dall'energia nucleare;
  - consumo di droghe, stupefacenti e altre sostanze tossiche, come pure abuso di alcol e di medicinali;
  - tentato o compiuto suicidio o automutilazione.
- 38.2 Inoltre non vengono versate prestazioni per incapacità al lavoro in seguito a:
- terapia cellulare, cure dimagranti, cure di irrobustimento;
  - terapie la cui efficacia, idoneità ed economicità non siano provate dal punto di vista scientifico;
  - trattamenti cosmetici (incluse complicazioni e conseguenze tardive);
  - cambiamenti di sesso (incluse complicazioni e conseguenze tardive).



### **39 Riduzione e rifiuto delle prestazioni**

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

- 39.1 qualora lo stipulante risp. l'assicurato avesse mancato ai suoi doveri e obbligazioni (art. 36) nei confronti dell'assicuratore, a meno che possa dimostrare che la mancanza non è imputabile a colpa;
- 39.2 se lo stipulante risp. l'assicurato ha causato l'incapacità al lavoro per negligenza grave;
- 39.3 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. Gli atti di salvataggio a favore di persone sono invece assicurati, anche se di per sé sono da considerare quali atti temerari.

### **40 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.

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

- 41.1 Le prestazioni assicurate dall'assicurazione individuale d'indennità giornaliera STANDARD, per i disoccupati ai sensi della legge federale contro la disoccupazione (LADI) al massimo l'importo dell'indennità di disoccupazione, vengono ridotte delle prestazioni di altre assicurazioni private e sociali nonché del guadagno realizzabile da un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile (art. 36.5).
- 41.2 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 dalla data dell'inizio del versamento della rendita. L'importo della restituzione corrisponde all'ammontare del sovrindennizzo secondo l'art. 41.1. Sono escluse da questa disposizione le prestazioni dalle assicurazioni di somme.
- 41.3 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.

41.4 Risarcimenti accordati da un terzo responsabile o dal suo assicuratore di responsabilità civile vengono dedotti dalle prestazioni dell'assicuratore.

41.5 Eventuali riduzioni effettuate in altre assicurazioni non vengono coperte dall'assicurazione individuale d'indennità giornaliera STANDARD.

41.6 Le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite all'assicuratore.

### **42 Prestazione anticipata e regresso**

42.1 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.

42.2 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.

## **X. Varia**

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

43.1 Lo stipulante ossia l'assicurato non ha alcun diritto di compensare nei confronti dell'assicuratore i premi arretrati con dei diritti a prestazioni.

43.2 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'esplícita approvazione da parte dell'assicuratore.

### **44 Adempimento**

44.1 Gli obblighi derivanti da questo contratto sono da adempire in Svizzera e nell'unità monetaria svizzera.

44.2 Se delle prestazioni soggette all'imposta alla fonte vengono pagate direttamente all'assicurato, dalle stesse verrà dedotta la trattenuta fiscale dovuta alla fonte.

### **45 Comunicazioni**

45.1 Tutte le comunicazioni possono essere inviate con validità giuridica alla Sede principale della CONCORDIA o alla sua rappresentanza indicata nella polizza.

45.2 Se un altro assicuratore funge da intermediario dell'assicurazione d'indennità giornaliera della CONCORDIA, le comunicazioni e gli annunci indirizzati a costui sono considerati come se fossero stati inviati alla CONCORDIA stessa.

45.3 L'assicurato deve comunicare per iscritto alla CONCORDIA ogni cambiamento del suo indirizzo o della sua reale situazione personale, qualora questi

cambiamenti potrebbero essere rilevanti per l'esame dell'obbligo alle prestazioni; lo stesso vale anche in caso di cambiamento della professione o dell'attività. Le comunicazioni dell'assicuratore avvengono in forma giuridicamente valida all'ultimo indirizzo in Svizzera reso noto dall'assicurato.

#### **46 Foro competente**

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



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