

Edizione 2022

Assicurazioni individuali d'indennità giornaliera STANDARD e PLUS

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Informazione sulle assicurazioni individuali d'indennità giornaliera STANDARD e PLUS

Le seguenti informazioni vi offrono in forma succinta un quadro generale sull'identità dell'assicuratore e sugli elementi essenziali del contratto d'assicurazione conformemente all'art. 3 della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). I diritti e i doveri delle parti contrattuali si fondano sulla proposta d'assicurazione, la polizza assicurativa, le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) nonché le leggi applicabili, in particolare la LCA.

Chi è l'assicuratore?

L'assicuratore è la CONCORDIA Assicurazioni SA, indicata qui di seguito CONCORDIA, con sede statutaria in Bundesplatz 15, 6002 Lucerna. La CONCORDIA è una società anonima secondo il diritto svizzero.

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

L'assicurazione copre le conseguenze finanziarie dei rischi seguenti:

- malattia,
- infortunio,
- maternità.

I rischi concreti assicurati nonché e l'estensione della copertura assicurativa risultano dalla proposta d'assicurazione, dalla polizza assicurativa nonché dalle CGA.

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

Non sussiste alcuna copertura assicurativa, tra l'altro, per le incapacità lavorative in connessione con:

- consumo di droghe, stupefacenti e altre sostanze che generano dipendenza nonché l'abuso di alcol o di medicinali (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
- tentato o compiuto suicidio o tentata o compiuta automutilazione (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
- cura di adiposità (sovrappeso, comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
- trattamenti cosmetici e riassegnamenti sessuali (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive).

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

- se la/lo stipulante o la persona assicurata non adempie i propri obblighi e doveri, salvo che non possa dimostrare che la violazione non è imputabile a colpa o che la violazione non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi dell'evento assicurato e sull'entità delle prestazioni assicurative;
- se l'incapacità al lavoro è riconducibile a negligenza grave della/dello stipulante o della persona assicurata;
- in caso di infortuni conseguenti ad atti temerari.

I predetti motivi di esclusione sono validi anche se costituiscono solo una concausa della malattia o dell'infortunio.

Dalle prestazioni coperte dall'assicurazione individuale d'indennità giornaliera STANDARD sono detratte le prestazioni erogate da altre assicurazioni private e sociali nonché il guadagno realizzabile da un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile.

Ulteriori esclusioni e riduzioni risultano dalle CGA.

A quanto ammonta il premio?

L'importo del premio varia in funzione dell'età, del sesso, della professione, dell'occupazione e del domicilio di diritto civile della persona assicurata, dei rischi assicurati, dell'importo dell'indennità giornaliera e del termine d'attesa nonché della durata delle prestazioni convenute. Tutte le informazioni specifiche sul premio sono indicate nella proposta d'assicurazione e nella polizza assicurativa.

Quando bisogna pagare il premio?

Il premio annuo deve essere pagato in anticipo e scade il 1° gennaio di ogni anno o - se prevista la modalità di pagamento rateale - il 1° del mese.

Quali altri obblighi ha la persona assicurata?

- **Obbligo temporaneo di notifica delle condizioni di salute:** se tra la compilazione del questionario sullo stato di salute e la data di conclusione del contratto si verificano degli avvenimenti che incrementano in modo significativo il rischio, la/il proponente o la persona assicurata ha l'obbligo di darne comunicazione scritta immediata all'assicuratore e di integrare o rettificare il questionario sullo stato di salute. Questo obbligo di notifica decade dopo la conclusione dell'assicurazione.
- **Obbligo di minimizzare il danno:** in caso di incapacità lavorativa in seguito a malattia o a un infortunio, la persona assicurata deve provvedere a sottoporsi quanto prima a cure mediche idonee. È inoltre tenuta ad attenersi alle prescrizioni del medico. La persona assicurata che presenta un'incapacità al lavoro totale o parziale presumibilmente permanente nella sua professione o nel suo campo d'attività abituale è tenuta a sfruttare un'eventuale capacità lavorativa residua.
- **Obbligo di notifica:** l'incapacità lavorativa della persona assicurata deve essere notificata all'assicuratore allegando il certificato di un medico o di una/un chiropratica/o, al più tardi cinque giorni dopo la scadenza del termine di attesa convenuto, in ogni caso però entro trenta giorni dall'insorgere dell'incapacità al lavoro. In caso di ritardo ingiustificato della notifica, il diritto alle prestazioni assicurate decorre al più presto dalla data di arrivo della notifica.
- **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, e svincola il personale medico curante (medico ecc.) dal segreto professionale nei confronti della CONCORDIA. La persona assicurata è obbligata ad annunciarsi alle assicurazioni sociali di competenza, in particolare a presentare su indicazione del medico o dell'assicuratore una richiesta di prestazioni all'ufficio AI. La persona assicurata è tenuta, su ordine dell'assicuratore, a sottoporsi a esami medici supplementari.

Ulteriori obblighi risultano dalle CGA nonché dalla LCA.

Quando inizia l'assicurazione?

La copertura assicurativa ha inizio quando l'assicuratore accetta per iscritto la proposta, al più presto alla data richiesta come inizio dell'assicurazione o indicata sulla polizza.

La/Lo stipulante può revocare per iscritto la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dalla data in cui la/lo stipulante ha proposto o accettato il contratto.

Quanto dura il contratto?

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

Quando termina il contratto?

L'assicurazione si estingue:

- con il decesso della persona assicurata;
- con la disdetta;
- con il recesso da parte della/dello stipulante o dell'assicuratore;
- con la riscossione di una rendita AVS;
- in caso di fallimento della/dello stipulante con l'apertura del fallimento;
- con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni convenuta;
- con la cessazione dell'attività lucrativa o dell'accudimento alla propria economia domestica;
- 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.

La/Lo stipulante può disdire il contratto d'assicurazione per iscritto al più presto per la fine della durata contrattuale convenuta e in seguito per la fine di ogni periodo d'assicurazione, dando sempre un preavviso di tre mesi. La disdetta è avvenuta tempestivamente se perviene alla CONCORDIA al più tardi l'ultimo giorno prima dell'inizio del termine di preavviso di tre mesi.

Inoltre la/lo stipulante può disdire l'assicurazione per iscritto in caso di modifiche alla tariffa dei premi per la fine del periodo d'assicurazione in corso. La disdetta è avvenuta tempestivamente se perviene alla CONCORDIA al più tardi l'ultimo giorno del periodo d'assicurazione in corso.

Inoltre la CONCORDIA può disdire il contratto se sono stati taciuti fatti rilevanti o se ne è stata data comunicazione inesatta (violazione dell'obbligo di dichiarazione/reticenza).

La CONCORDIA può recedere dal contratto:

- se la/lo stipulante è in ritardo con il pagamento del premio, se è stata/o diffidata/o e la CONCORDIA rinuncia a recuperare il premio;
- in caso di frode assicurativa;
- se nel periodo di tempo intercorso tra la compilazione del questionario sullo stato di salute e la conclusione del contratto si sono verificati degli avvenimenti che hanno incrementato in modo significativo il rischio e che la/il proponente o la persona assicurata non ha comunicato alla CONCORDIA immediatamente e per iscritto.

Ulteriori possibilità di terminare il contratto risultano dalle CGA nonché dalla LCA.

Quando si estingue il diritto a prestazioni?

Il diritto a prestazioni, incluse le prestazioni per un'incapacità al lavoro ancora in corso, si estingue con la fine dell'assicurazione.

Quali forme di testo sono equiparate alla forma scritta?

In linea di principio, altre forme che consentono una prova per testo sono equiparate alla forma scritta. Le eccezioni a questa regola di fondo sono specificate nelle CGA.

Di principio sono equiparati alla forma scritta i seguenti testi:

- le comunicazioni che pervengono alla CONCORDIA attraverso il portale clienti;
- i testi che, previa verifica dell'identità delle persone interessate, pervengono alla CONCORDIA per mezzo del formulario elettronico di contatto previsto a tal fine su www.concordia.ch. La CONCORDIA non è tenuta a mettere a disposizione tale formulario di contatto;
- i documenti scansionati in formato PDF e muniti di firma, che pervengono alla CONCORDIA per email all'indirizzo di posta elettronica info@concordia.ch o all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla polizza;
- le email munite di firma elettronica qualificata che pervengono alla CONCORDIA all'indirizzo di posta elettronica info@concordia.ch o all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla polizza.

Come sono trattati i dati presso la CONCORDIA?

La CONCORDIA tratta i dati provenienti dai documenti contrattuali o dall'esecuzione dei contratti e li utilizza segnatamente per la fissazione del premio, la valutazione del rischio, il disbrigo dei casi assicurativi, l'analisi statistica nonché per scopi di marketing. I dati sono salvati elettronicamente o conservati in forma cartacea. La CONCORDIA può, nella misura necessaria, trasmettere questi dati a terzi che partecipano all'esecuzione del contratto, in particolare a coassicuratori e riassicuratori, ai fini del loro trattamento. Inoltre la CONCORDIA può richiedere informazioni utili a enti e ulteriori terzi, in particolare in merito all'andamento del sinistro. Tale disposizione è applicabile a prescindere dalla conclusione del contratto. La persona assicurata è legittimata a richiedere alla CONCORDIA le informazioni previste per legge sul trattamento dei dati che la riguardano.

Assicurazioni individuali d'indennità giornaliera STANDARD e PLUS

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

	Art.		
I. Informazioni generali		VIII. Obblighi e giustificazione del diritto alle prestazioni	
Basi del contratto	1	Obblighi e doveri	35
Assicuratore	2	Giustificazione del diritto alle prestazioni	36
II. Quadro assicurativo		IX. Limitazioni della copertura assicurativa	
Oggetto dell'assicurazione	3	Esclusioni	37
Ammissione nell'assicurazione	4	Decurtazioni e rifiuto di prestazioni	38
Validità territoriale	5	Assicurazione multipla	39
III. Opzioni assicurative		Erogazione, sovrindennizzo e recupero di prestazioni	40
Varianti	6	Prestazioni anticipate e regresso	41
Periodi di attesa	7	X. Varie	
Assicurazione massima consentita	8	Compensazione, cessione e costituzione in pegno di prestazioni	42
IV. Definizioni		Adempimento	43
Forma scritta, forme di testo equiparate	9	Comunicazioni	44
Assicurazione contro i danni	10	Foro competente	45
Assicurazione di somme	11	Garanzia dei diritti acquisiti verso le modifiche a decorrere dal 1° gennaio 2022	46
Incapacità al lavoro	12	Applicazione della legge riveduta sul contratto d'assicurazione in vigore dal 1° gennaio 2022	47
Malattia	13		
Infortunio	14	I. Informazioni generali	
Ricaduta, nuovo evento assicurativo	15	1 Basi del contratto	
Periodo d'assicurazione	16	1.1 Il contratto poggia sulle seguenti basi:	
V. Inizio e fine dell'assicurazione		1.1.1 le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), eventuali Condizioni complementari d'assicurazione (CCA), le disposizioni della polizza ed eventuali aggiunte;	
Inizio della copertura assicurativa / Revoca	17	1.1.2 le dichiarazioni scritte che la/lo stipulante (proponente) e le persone assicurate (le persone da assicurare) formulano nella proposta, nel rapporto della visita medica e in altri documenti scritti.	
Durata del contratto	18	1.2 Eventuali disposizioni divergenti contenute nelle CCA prevalgono sulle presenti CGA.	
Polizza sostitutiva	19	1.3 Qualora un caso non sia esplicitamente disciplinato dai predetti documenti, fa fede la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.	
Fine dell'assicurazione	20		
Disdetta	21	2 Assicuratore	
Estinzione del diritto a prestazioni	22	Assicuratore ai sensi delle seguenti disposizioni è la CONCORDIA Assicurazioni SA, con sede a Lucerna, in seguito denominata CONCORDIA.	
VI. Prestazioni assicurate			
Diritto a prestazioni	23		
Periodo di attesa	24		
Durata delle prestazioni	25		
Dimora temporanea e impiego stagionale	26		
Prestazioni all'estero	27		
Gravidanza	28		
Parto	29		
VII. Premi			
Tariffa dei premi	30		
Scadenza, pagamento dei premi	31		
Diffida, ritardo di pagamento	32		
Adeguamento della tariffa dei premi	33		
Ricollocazione nella griglia dei premi	34		

II. Quadro assicurativo

3 Oggetto dell'assicurazione

3.1 L'assicuratore accorda una copertura assicurativa contro le conseguenze economiche causate da incapacità al lavoro in seguito a malattia e, se pattuito, in seguito a parto e infortunio, nel quadro delle prestazioni convenute nelle seguenti disposizioni, nella polizza e in eventuali CCA.

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

4 Ammissione nell'assicurazione

4.1 L'assicurazione è riservata esclusivamente a persone che esercitano un'attività lucrativa o che accudiscono all'economia domestica.

4.2 L'ammissione è subordinata a un esame dello stato di salute.

4.3 Per stipulare o modificare l'assicurazione, occorre compilare in tutte le sue parti e in modo veritiero l'apposito formulario di proposta e inviarlo all'assicuratore. La stessa procedura si applica all'eventuale richiesta da parte dell'assicuratore di informazioni aggiuntive. L'ammissione all'assicurazione può essere subordinata all'esito di una visita medica.

4.4 Se al momento di rispondere alle domande la/il proponente o la persona assicurata hanno fornito indicazioni scritte inesatte riguardanti fatti rilevanti o hanno taciuto dei fatti rilevanti che conoscevano o avrebbero dovuto conoscere, in particolare in relazione a malattie o postumi d'infortunio esistenti o precedenti alla data della presentazione della proposta d'assicurazione, l'assicuratore ha il diritto di recedere per iscritto dal contratto entro le quattro settimane successive alla data in cui è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo di dichiarazione. La disdetta acquista efficacia quando perviene alla/allo stipulante.

4.5 **Se tra il momento in cui sono state rilasciate le dichiarazioni sulla salute e la data di conclusione del contratto si verificano dei cambiamenti riguardanti le condizioni di salute, la/il proponente o la persona assicurata ha l'obbligo di darne comunicazione scritta immediata all'assicuratore e di integrare o rettificare le proprie dichiarazioni.** In caso di infrazione a questo obbligo di notifica successiva, l'assicuratore ha il diritto di recedere per iscritto dal contratto entro le quattro settimane successive alla data in cui è venuto a conoscenza della violazione di tale obbligo. La disdetta acquista efficacia quando perviene alla/allo stipulante.

4.6 L'assicuratore ha il diritto di formulare delle riserve per singole malattie e postumi d'infortunio o di rifiutare del tutto l'ammissione.

5 Validità territoriale

5.1 L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

5.2 In caso d'incapacità al lavoro all'estero, le prestazioni assicurate sono erogate esclusivamente per la durata di una degenza ospedaliera.

5.3 Se la persona assicurata lavora all'estero per conto di un datore di lavoro svizzero, le prestazioni assicurate sono accordate per intero. Oltre a presentare un certificato medico, la persona assicurata deve far confermare la sua incapacità lavorativa dal datore di lavoro.

5.4 Le prestazioni d'indennità giornaliera sono erogate solo per trattamenti ospedalieri nel Paese estero di soggiorno. In caso di trasferimenti e trattamenti in Paesi terzi non può essere rivendicata alcuna prestazione.

5.5 Se la persona assicurata si reca all'estero per sottoporsi a un trattamento o seguire una cura oppure per partorire, non sono erogate prestazioni.

III. Opzioni assicurative

6 Varianti

6.1 Sono disponibili 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 di infortunio.

6.2 Ognuna di queste varianti può essere conclusa con diverse durate di prestazioni.

6.3 Per le persone che accudiscono all'economia domestica l'assicurazione d'indennità giornaliera è stipulabile esclusivamente come assicurazione di somme (assicurazione individuale d'indennità giornaliera PLUS) e con una durata delle prestazioni fissa di 365 giorni.

7 Periodi di attesa

Le assicurazioni d'indennità giornaliera possono essere concluse scegliendo periodi di attesa di lunghezza diversa. Fanno fede le rispettive tariffe dei premi.

8 Assicurazione massima consentita

8.1 L'assicuratore concorda insieme alla/allo stipulante l'importo dell'indennità giornaliera assicurata.

8.2 Le persone che accudiscono alla propria economia domestica possono assicurare un'indennità giornaliera da un minimo di CHF 10 fino a un massimo di CHF 50, con scatti di 10 in 10.

8.3 Non è consentito superare gli importi massimi nemmeno per accumulazione, ovvero concludendo più contratti con l'assicuratore.

IV. Definizioni

9 **Forma scritta, forme di testo equiparate**

In linea di principio, altre forme che consentono una prova per testo sono equiparate alla forma scritta. L'assicuratore può dettare delle condizioni per rendere le altre forme equiparabili alla forma scritta, pubblicandole sul sito www.concordia.ch e nelle informative alla clientela secondo l'art. 3 LCA. Sono fatte salve le prescrizioni legali imperative e la giurisprudenza. Il ricorso alle altre forme può comportare maggiori rischi in relazione alla protezione dei dati. L'assicuratore non risponde per un comportamento di cui la/lo stipulante è responsabile in prima persona.

10 **Assicurazione contro i danni**

L'assicurazione contro i danni copre la perdita di guadagno che risulta in seguito a malattia e, se concordato, in seguito a parto e infortunio, deducendo tuttavia il salario che la datrice/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 dall'entità del danno effettivamente subito in seguito a malattia e, se concordato, in seguito a parto e infortunio. Si applicano gli artt. 39 e 40.

11 **Assicurazione di somme**

Nell'assicurazione di somme le prestazioni in caso di malattia e, se concordato, in seguito a parto e infortunio sono erogate a prescindere dal danno effettivamente subito. Le eventuali prestazioni di altre assicurazioni private e sociali o di altri aventi obbligo di pagamento non sono dedotte dalle prestazioni corrisposte. Non si applicano riduzioni alle prestazioni e non si considera l'eventuale sovrindennizzo generato da prestazioni erogate da terzi. Non si applicano gli artt. 39 e 40.

12 **Incapacità al lavoro**

Per incapacità al lavoro si intende l'incapacità totale o parziale della persona assicurata di svolgere la sua momentanea professione, o un'altra attività lucrativa ragionevolmente esigibile, in seguito a malattia assicurata o a infortunio assicurato. Un'altra attività lucrativa è ragionevolmente esigibile quando è adeguata alle precedenti conoscenze, capacità e situazione personale di vita della persona assicurata.

13 **Malattia**

Si considera malattia qualsiasi danno, accertato tramite una valutazione oggettiva medica, alla salute fisica, mentale o psichica e indipendente dalla volontà della persona assicurata. Il danno deve essere tale da richiedere cure mediche e non deve derivare da infortunio, da lesione corporale parificabile ai

postumi d'infortunio o da malattia professionale secondo la definizione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

14 **Infortunio**

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario. Sono altresì considerate infortunio le lesioni corporali parificabili a un infortunio e le malattie professionali secondo la definizione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

15 **Ricaduta, nuovo evento assicurativo**

15.1 Si considerano ricadute le malattie e gli infortuni correlati dal punto di vista medico a malattie o infortuni precedenti.

15.2 Si è in presenza di un nuovo evento assicurativo se tra due eventi riconducibili alla medesima causa sono trascorsi almeno 180 giorni durante i quali la persona assicurata non è mai stata oggetto di cure mediche e non è mai stata completamente o parzialmente incapace al lavoro.

15.3 Se un evento di malattia coperto da prestazioni è immediatamente seguito da un nuovo evento di malattia riconducibile a una causa diversa e responsabile di una nuova incapacità al lavoro, ai fini della durata delle prestazioni sono considerati un evento unico anche se sono riconducibili a due cause diverse, a meno che tra i due eventi la persona assicurata non fosse completamente capace al lavoro per almeno trenta giorni.

16 **Periodo d'assicurazione**

Il periodo d'assicurazione corrisponde all'anno civile.

V. Inizio e fine dell'assicurazione

17 **Inizio della copertura assicurativa / Revoca**

17.1 L'assicurazione può essere stipulata a decorrere dal primo giorno di ciascun mese. La copertura assicurativa ha inizio quando l'assicuratore accetta per iscritto la proposta, al più presto alla data richiesta come inizio dell'assicurazione o indicata sulla polizza.

17.2 La/Lo stipulante può revocare per iscritto la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dalla data in cui la/lo stipulante ha proposto o accettato il contratto.

18 **Durata del contratto**

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

19 Polizza sostitutiva

Se una polizza è sostituita, eventuali prestazioni già percepite e contrattualmente soggette a limitazioni per quanto concerne durata o importo sono dedotte dalle prestazioni future.

20 Fine dell'assicurazione

20.1 L'assicurazione si estingue:

20.1.1 con il decesso della persona assicurata;

20.1.2 in seguito a disdetta;

20.1.3 in seguito a recesso della/dello stipulante o dell'assicuratore (art. 32.2);

20.1.4 con la riscossione di una rendita AVS;

20.1.5 alla data di apertura del fallimento, in caso di fallimento della/dello stipulante;

20.1.6 con il raggiungimento della durata massima di prestazioni convenuta;

20.1.7 con la cessazione dell'attività lucrativa o dell'accudimento alla propria un'economia domestica;

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

20.1.9 con il trasferimento all'estero della dimora abituale per un periodo superiore a 12 mesi, salvo espliciti accordi diversi scritti.

20.2 La/Lo stipulante o la persona assicurata si obbliga di informare immediatamente l'assicuratore per iscritto se si avvera uno degli eventi menzionati negli artt. 20.1.7 - 20.1.9. In mancanza di questa comunicazione, l'assicuratore non è più vincolato al contratto.

21 Disdetta

21.1 La/Lo stipulante può disdire il contratto d'assicurazione al più presto per la fine della durata contrattuale convenuta e in seguito per la fine di ogni periodo d'assicurazione, dando sempre un preavviso di tre mesi (art. 16).

21.2 Inoltre la/lo stipulante può disdire l'assicurazione in caso di modifiche alla tariffa dei premi conformemente all'art. 33.

21.3 La disdetta deve essere formulata per iscritto e deve pervenire all'assicuratore almeno un giorno prima dell'inizio del periodo di preavviso.

21.4 È possibile recedere in qualsiasi momento da un contratto d'assicurazione in presenza di un motivo grave ai sensi dell'art. 35b LCA, dandone comunicazione scritta.

21.5 L'assicuratore non può avvalersi né del diritto ordinario di disdetta né del diritto di disdetta in caso di sinistro. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicuratore in caso di violazione dell'obbligo di dichiarazione così come in caso di frode assicurativa tentata o compiuta.

22 Estinzione del diritto a prestazioni

Il diritto a prestazioni, incluse le prestazioni per un'incapacità al lavoro ancora in corso, si estingue con la fine dell'assicurazione. Sono fatti salvi gli obblighi di prestazione periodici conformemente all'art. 35c LCA e fermo restando il diritto dell'assicuratore di recuperare prestazioni già erogate, a fronte di una violazione dell'obbligo di dichiarazione.

VI. Prestazioni assicurate

23 Diritto a prestazioni

23.1 Il diritto a prestazioni sussiste se, in base a una valutazione medica, la persona assicurata è totalmente o parzialmente incapace al lavoro per un lasso di tempo superiore al periodo di attesa fissato contrattualmente. Il diritto a prestazioni decorre al più presto cinque giorni prima del primo trattamento medico e si estende al massimo per la durata delle prestazioni convenute.

23.2 In caso d'incapacità al lavoro parziale, la prestazione è calcolata in base al grado dell'incapacità al lavoro. Un'incapacità al lavoro inferiore al 50% non dà diritto ad alcuna prestazione.

23.3 Se l'incapacità al lavoro è riconducibile solo in parte alla malattia o all'infortunio, l'assicuratore eroga prestazioni in misura proporzionale. Si applica anche l'art. 23.2.

24 Periodo di attesa

24.1 Il periodo di attesa inizia il primo giorno dell'incapacità al lavoro attestata dal medico, al più presto cinque giorni prima del primo trattamento medico.

24.2 Per il calcolo del periodo di attesa, i giorni di un'incapacità lavorativa di almeno il 50% sono considerati come giorni d'incapacità al lavoro totale.

24.3 Il periodo di attesa è calcolato separatamente per ogni singolo evento assicurativo.

24.4 Se un evento di malattia coperto da prestazioni è immediatamente seguito da un nuovo evento di malattia riconducibile a una causa diversa o alla medesima causa e responsabile di una nuova incapacità al lavoro, ai fini del calcolo del periodo di attesa sono considerati un evento unico, a meno che tra i due eventi la persona assicurata non fosse completamente capace al lavoro per almeno trenta giorni.

25 Durata delle prestazioni

25.1 Le prestazioni assicurate sono erogate per la durata contrattuale convenuta.

25.2 Se le prestazioni erogate sono ridotte a fronte di un'incapacità al lavoro solo parziale o a causa della compresenza di prestazioni di terzi, ai fini del calcolo della durata delle prestazioni i giorni remunerati con prestazioni ridotte sono considerati giorni pieni.

- 25.3 Una rinuncia a prestazioni da parte della persona assicurata non ha alcun effetto sulla durata massima di prestazioni convenuta, che resta invariata.
- 25.4 I periodi di attesa incidono sulla durata massima delle prestazioni, che viene accorciata di conseguenza.

26 Dimora temporanea e impiego stagionale

Le dimoranti temporanee/I dimoranti temporanei e le impiegate stagionali/gli impiegati stagionali non hanno diritto a prestazioni nel periodo intercorrente tra due periodi di dimora o due stagioni. All'inizio della nuova stagione le prestazioni sono erogate in linea di continuità con l'anno precedente, purché sia dimostrabile che la persona assicurata, se capace al lavoro, avrebbe ottenuto un permesso di lavoro e svolto un'attività stagionale.

27 Prestazioni all'estero

- 27.1 Durante un soggiorno di vacanza all'estero le prestazioni sono erogate dietro presentazione di un certificato medico che attesti l'incapacità al lavoro e la diagnosi medica, in ogni caso solo fino a quando non sia ragionevole esigere il viaggio di rientro.
- 27.2 Se la persona assicurata incapace al lavoro si reca all'estero senza l'autorizzazione dell'assicuratore, perde il diritto alle prestazioni di indennità giornaliera.

28 Gravidanza

- 28.1 Durante una gravidanza si ha diritto a prestazioni solo se l'incapacità al lavoro certificata dal medico è dovuta a complicazioni.
- 28.2 Le prestazioni assicurate sono accordate solo se la copertura assicurativa era già attiva almeno un anno prima della data presunta del parto.
- 28.3 Nelle otto settimane successive al parto l'obbligo di prestazioni è sospeso. Se però nelle 16 settimane successive al parto l'assicurata non riprende a esercitare l'attività lucrativa, l'obbligo di prestazioni è sospeso per 16 settimane.

29 Parto

- 29.1 L'assicurazione di somme consente di concordare contrattualmente un'indennità per parto a integrazione dell'indennità di maternità secondo la legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità o paternità (LIPG). Non è prevista l'erogazione di un'indennità per parto se alla data dell'affiliazione l'assicurata era già in gravidanza.
- 29.2 Il periodo di attesa convenuto incide sulla durata delle prestazioni, che viene accorciata di conseguenza.
- 29.3 L'indennità per parto è accordata solo se la copertura assicurativa era già attiva almeno un anno prima della data presunta del parto.

- 29.4 Nelle otto settimane successive al parto l'obbligo di prestazioni è sospeso, fatta salva l'indennità per parto, se concordata. Se però nelle 16 settimane successive al parto l'assicurata non riprende a esercitare l'attività lucrativa, l'obbligo di prestazioni è sospeso per 16 settimane.

VII. Premi

30 Tariffa dei premi

- 30.1 I premi sono calcolati sul periodo d'assicurazione (art. 16) e inseriti nella tariffa dei premi.
- 30.2 La tariffa dei premi può contemplare una graduazione degli importi in funzione di età, sesso, professione, occupazione e domicilio di diritto civile. La persona assicurata deve comunicare all'assicuratore immediatamente e per iscritto ogni cambiamento di professione, di occupazione o di domicilio di diritto civile. I premi possono subire modifiche a decorrere dalla data del cambiamento.
- 30.3 Per le varianti malattia e infortunio come assicurazione di somme (assicurazione individuale d'indennità giornaliera PLUS) le fasce di età di riferimento sono:
- 16-30 anni;
 - in seguito intervalli di 10 anni fino a 60 anni;
 - 61 anni e oltre.
- Per le varianti malattia e infortunio come assicurazione contro i danni (assicurazione individuale d'indennità giornaliera STANDARD) le fasce di età di riferimento sono:
- 16-15 anni;
 - in seguito intervalli di 5 anni fino a 60 anni;
 - 61 anni e oltre.
- Per la variante assicurazione di somme per persone che accudiscono all'economia domestica (assicurazione individuale d'indennità giornaliera PLUS) le fasce di età di riferimento sono:
- 16-20 anni;
 - in seguito intervalli di 5 anni fino a 60 anni;
 - 61 anni e oltre.
- Il premio aumenta in concomitanza con il passaggio alla fascia di età superiore.

31 Scadenza, pagamento dei premi

- 31.1 Il premio è annuo e va pagato in anticipo il 1° gennaio di ciascun anno. Se l'assicurazione inizia durante l'anno, il premio copre la parte restante dell'anno e va pagato in anticipo alla ricezione della fattura.
- 31.2 È possibile concordare un pagamento a rate dietro pagamento di un supplemento. Anche le rate devono essere pagate anticipatamente.
- 31.3 Se la/lo stipulante ha concluso più assicurazioni (compresa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), deve utilizzare la stessa modalità di pagamento per tutti i contratti.

- 31.4 Se si è concordata la modalità rateale, il debito è interamente dovuto. Solo il pagamento delle rate è dilazionato nell'anno in corso.
- 31.5 Se la/lo stipulante è in ritardo con il pagamento di una rata, deve immediatamente pagare tutte le rate restanti saldando l'intero premio del periodo d'assicurazione.

32 Diffida, ritardo di pagamento

- 32.1 Se il premio non viene pagato entro la data di scadenza, la/lo stipulante riceve un sollecito scritto a pagare l'importo nei 14 giorni successivi alla data di spedizione della lettera, con riferimento alle conseguenze di mora. Se la diffida rimane senza effetto, l'assicuratore è sollevato dall'obbligo di prestazioni a partire dalla data di scadenza del termine di diffida.
- 32.2 Se nei due mesi successivi alla scadenza del termine di diffida conformemente all'art. 32.1 l'assicuratore non rivendica per vie legali il pagamento del premio arretrato, significa che recede dal contratto rinunciando a recuperare il premio.
- 32.3 Se l'assicuratore rivendica per vie legali il premio arretrato o ne accetta il pagamento a posteriori, l'obbligo di prestazioni si riattiva nel momento in cui il premio arretrato, inclusi interessi e spese, è pagato. Per casi assicurativi che si verificano durante il periodo di mora o dopo la scadenza del periodo di attesa, l'assicuratore non è tenuto a prestazioni.

33 Adeguamento della tariffa dei premi

Se, a fronte dell'evoluzione dei costi, dello sviluppo del rischio o dell'andamento del sinistro, la tariffa dei premi è modificata, l'assicuratore può adattare l'assicurazione a decorrere dal primo giorno del periodo d'assicurazione successivo. A tal fine è tenuto a comunicare alla/allo stipulante le nuove condizioni contrattuali per iscritto almeno trenta giorni prima dell'entrata in vigore dei nuovi premi. La/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 la/lo stipulante non disdice il contratto, la modifica dell'assicurazione è ritenuta accettata.

34 Ricollocazione nella griglia dei premi

Se un cambiamento di età, professione, occupazione o domicilio di diritto civile della persona assicurata determina una sua ricollocazione all'interno della griglia dei premi, l'assicuratore può applicare l'adeguamento del premio dalla data in cui si è verificato il cambiamento. La/Lo stipulante ha diritto di disdire il contratto entro i trenta giorni successivi alla notifica dei nuovi premi.

VIII. Obblighi e giustificazione del diritto alle prestazioni

35 Obblighi e doveri

- 35.1 Per ogni incapacità al lavoro che presumibilmente implicherà l'erogazione di prestazioni da parte dell'assicuratore è necessario ricorrere il più velocemente possibile a cure mediche adeguate. La persona assicurata è obbligata ad attenersi alle prescrizioni del medico o di altri fornitori di prestazioni.
- 35.2 L'assicuratore ha diritto di chiedere ai fornitori di prestazioni documenti e informazioni supplementari, in particolare certificati medici. La/Lo stipulante o la persona assicurata si obbliga inoltre a dare informazioni complete e veritiere su tutto ciò che riguarda l'incapacità al lavoro nonché eventuali malattie e infortuni precedenti. Su richiesta dell'assicuratore, la persona assicurata svincola i fornitori di prestazioni che la curano o che l'hanno curata in passato dall'obbligo del segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.
- 35.3 La persona assicurata è tenuta, su ordine dell'assicuratore, a sottoporsi a esami medici supplementari.
- 35.4 L'assicuratore si riserva il diritto di effettuare in qualsiasi momento delle visite di controllo alle persone assicurate incapaci al lavoro. Non è possibile negare l'accesso alla persona incaricata di effettuare la visita di controllo, che può essere sia una/ un dipendente dell'assicuratore sia una persona terza incaricata dall'assicuratore.
- 35.5 La persona assicurata che presenta un'incapacità al lavoro totale o parziale presumibilmente permanente nella sua professione o nel suo campo d'attività abituale è tenuta a sfruttare un'eventuale capacità lavorativa residua (obbligo di minimizzare il danno). Si considerano attività ragionevolmente esigibili in un'altra professione, un altro ramo d'occupazione o che contemplan nuove mansioni.
- 35.6 La persona assicurata è obbligata ad annunciarsi alle assicurazioni sociali di competenza, in particolare a presentare su indicazione del medico o dell'assicuratore una richiesta di prestazioni all'ufficio AI.

36 Giustificazione del diritto alle prestazioni

- 36.1 La/Lo stipulante o la persona assicurata deve motivare la richiesta di prestazioni utilizzando il modulo messo a disposizione dall'assicuratore.
- 36.2 L'incapacità lavorativa di una persona assicurata deve essere notificata all'assicuratore allegando il certificato medico, al più tardi cinque giorni dopo la scadenza del termine di attesa convenuto, in ogni caso però entro trenta giorni dall'insorgere dell'incapacità al lavoro. In caso di ritardo ingiustificato della notifica, il diritto alle prestazioni assicurate decorre al più presto dalla data di ricezione della notifica, a meno che la/lo stipulante o la persona assicurata

non può dimostrare che il ritardo non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi dell'evento assicurato e sull'entità delle prestazioni dovute dall'assicuratore.

- 36.3 Se, in relazione a un'incapacità al lavoro, l'obbligo al pagamento si estende anche ad altri assicuratori sociali o privati (ad esempio assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione contro gli infortuni, previdenza professionale, altre assicurazioni d'indennità giornaliera), le prestazioni assicurate sono erogate solo se l'evento assicurativo è stato annunciato per tempo alle rispettive assicurazioni interessate. Oltre ai documenti citati negli artt. 36.1 e 36.2 devono essere inviati all'assicuratore anche la conferma dell'annuncio, i conteggi ed eventuali decisioni dell'assicuratore terzo.
- 36.4 Se è stata convenuta un'indennità per parto, alla richiesta di prestazioni occorre allegare un certificato medico che attesti la durata della gravidanza e la data del parto.
- 36.5 Le prestazioni dell'assicuratore derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in cinque anni dal fatto su cui è fondato l'obbligo alle prestazioni.

IX. Limitazioni della copertura assicurativa

37 Esclusioni

- 37.1 Le incapacità al lavoro che si verificano in connessione con i seguenti avvenimenti sono escluse dall'assicurazione:
- conseguenze di avvenimenti bellici in Svizzera e all'estero. Se tuttavia la persona assicurata è sorpresa dallo scoppio di eventi bellici nel Paese in cui sta già soggiornando, la copertura assicurativa è accordata per 14 giorni a partire dall'inizio delle ostilità;
 - servizio militare all'estero;
 - partecipazione a operazioni belliche o ad atti di terrorismo;
 - partecipazione a sommosse, dimostrazioni o avvenimenti simili;
 - perpetrazione, intenzionale o per negligenza grave, di crimini e delitti;
 - partecipazione a risse, salvo che la persona assicurata non sia rimasta infortunata dalle o dai contendenti pur senza averne preso parte o portando soccorso a persone indifese;
 - pericoli ai quali la persona assicurata si espone provocando pesantemente terzi;
 - esposizione a radiazioni ionizzanti e danni derivanti dall'energia atomica;
 - consumo di droghe, stupefacenti e altre sostanze che generano dipendenza, come pure abuso di alcool e medicinali;
 - tentato o compiuto suicidio e tentata o compiuta automutilazione.

I predetti motivi di esclusione sono validi anche se costituiscono solo una concausa della malattia o dell'infortunio.

- 37.2 Inoltre non è prevista l'erogazione di prestazioni per incapacità al lavoro dovute ai seguenti motivi:
- cura di adiposità (sovrappeso, comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
 - trattamenti la cui efficacia, idoneità ed economicità non sono comprovate sotto il profilo scientifico (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
 - trattamenti cosmetici (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
 - riassegnazione sessuale (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive).

38 Decurtazioni e rifiuto di prestazioni

Le prestazioni assicurate sono decurtate e, in casi particolarmente gravi, rifiutate:

- 38.1 se la/lo stipulante o la persona assicurata non adempie i propri obblighi e doveri (art. 35) nei confronti dell'assicuratore, salvo che non possa dimostrare che la violazione non è imputabile a colpa o che la violazione non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi dell'evento assicurato e sull'entità delle prestazioni assicurative;
- 38.2 se l'incapacità al lavoro è riconducibile a negligenza grave della/dello stipulante o della persona assicurata;
- 38.3 in caso di infortuni conseguenti ad atti temerari. Per atti temerari si intendono azioni con le quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grave senza adottare o poter adottare le misure necessarie per contenere il rischio entro limiti ragionevoli. Le azioni di salvataggio a favore di terzi sono invece assicurate anche se di per sé qualificabili come atti temerari.

39 Assicurazione multipla

Se esistono contratti d'assicurazione di diritto privato presso più assicuratori tenuti al pagamento, le prestazioni sono versate complessivamente un'unica volta. Per calcolare in che misura ciascun assicuratore è tenuto a contribuire, si sommano gli importi che sarebbero di competenza di ciascun assicuratore se non fossero implicati altri assicuratori e su questa base si calcola la percentuale di spettanza dei singoli assicuratori sul totale effettivo da corrispondere. Ogni assicuratore si fa carico unicamente dell'importo che corrisponde alla sua quota.

40 Erogazione, sovrindennizzo e recupero di prestazioni

- 40.1 Dalle prestazioni coperte dall'assicurazione individuale d'indennità giornaliera STANDARD – per le persone disoccupate ai sensi della legge federale contro la disoccupazione (LADI) al massimo l'importo dell'indennità di disoccupazione – si deducono le prestazioni

erogate da altre assicurazioni private e sociali nonché il guadagno realizzabile da un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile (art. 35.5).

- 40.2 In caso altri assicuratori sociali siano tenuti a prestazioni, l'assicuratore è autorizzato a farsi restituire direttamente dagli altri assicuratori le prestazioni da lui anticipate. In particolare l'assicuratore richiede direttamente all'assicurazione federale per l'invalidità la restituzione di prestazioni che ha già erogato in vista di una rendita d'invalidità, a partire dalla data d'inizio della rendita. L'importo oggetto di recupero è pari al sovrindennizzo ai sensi dell'art. 40.1. Sono escluse da queste disposizioni le prestazioni coperte dalle assicurazioni di somme.
- 40.3 La persona assicurata che si rivale sull'assicuratore anziché sul terzo responsabile o sul suo assicuratore responsabilità civile è tenuta a cedere all'assicuratore i diritti vantati nei confronti di questi terzi fino a concorrenza delle prestazioni percepite.
- 40.4 Gli indennizzi versati alla persona assicurata da un terzo responsabile o dal suo assicuratore responsabilità civile sono dedotti dalle prestazioni a carico dell'assicuratore.
- 40.5 L'assicurazione individuale d'indennità giornaliera STANDARD non copre eventuali decurtazioni operate da altre assicurazioni.
- 40.6 Le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite all'assicuratore.

41 Prestazioni anticipate e regresso

- 41.1 L'assicuratore può erogare prestazioni anticipatamente a condizione che la persona assicurata ceda i propri diritti vantati nei confronti di terzi tenuti al pagamento fino a concorrenza dell'importo percepito anticipatamente e s'impegni a non intraprendere nulla che possa ostacolare l'esercizio di un eventuale diritto di regresso.
- 41.2 L'assicuratore non ha alcun obbligo di prestazione se la persona assicurata, senza il suo consenso, prende accordi che sollevano in parte o completamente un terzo dal suo obbligo di prestazioni assicurative o di risarcire danni.

X. Varie

42 Compensazione, cessione e costituzione in pegno di prestazioni

- 42.1 Alla/Allo stipulante o alla persona assicurata non è consentito di dedurre dai premi dovuti all'assicuratore prestazioni su cui vanta diritti.
- 42.2 Senza l'esplicito consenso dell'assicuratore non è consentito cedere o costituire in pegno prestazioni su cui si vantano diritti, prima del calcolo definitivo del loro importo.

43 Adempimento

- 43.1 Gli obblighi derivanti dal presente contratto devono essere adempiuti in Svizzera e in moneta svizzera.
- 43.2 Le prestazioni versate direttamente alla persona assicurata sono già al netto dell'imposta alla fonte, nei casi in cui questa imposta è contemplata.

44 Comunicazioni

- 44.1 Per avere validità giuridica, le comunicazioni devono essere inviate alla Sede principale della CONCORDIA o alla sua rappresentanza indicata sulla polizza.
- 44.2 Se un altro assicuratore funge da intermediario per l'assicurazione d'indennità giornaliera della CONCORDIA, la corrispondenza recapitata al suo indirizzo produce gli stessi effetti giuridici.
- 44.3 La persona assicurata deve comunicare per iscritto alla CONCORDIA ogni cambio di indirizzo o di situazione personale che possa incidere sulla valutazione dell'obbligo di prestazione, nonché ogni modifica di professione od occupazione. Le comunicazioni che l'assicuratore invia all'ultimo indirizzo in Svizzera comunicato dalla persona assicurata hanno validità giuridica.
- 44.4 Le comunicazioni possono essere inviate anche per via elettronica. L'assicuratore può stabilire nelle informative alla clientela secondo l'art. 3 LCA e sul sito www.concordia.ch le condizioni applicabili alla forma elettronica da osservare, affinché il recapito sia legalmente valido. Sono fatte salve le prescrizioni legali imperative e la giurisprudenza.

45 Foro competente

In caso di controversie giuridiche derivanti dal contratto d'assicurazione la/lo stipulante o la persona assicurata può scegliere tra il foro giuridico di Lucerna e il foro giuridico del suo luogo di domicilio svizzero.

46 Garanzia dei diritti acquisiti verso le modifiche a decorrere dal 1° gennaio 2022

- 46.1 Se le modifiche alle presenti CGA a decorrere dal 1° gennaio 2022 risultassero a sfavore della persona assicurata, ai contratti assicurativi conclusi prima del 2022 restano applicabili le disposizioni delle CGA valide fino al 31 dicembre 2021. In tutti gli altri casi valgono le nuove CGA.
- 46.2 La garanzia dei diritti acquisiti si applica in particolare alla validità territoriale per le e i frontalieri (art. 5.6 CGA, edizione 2006).

47 Applicazione della legge riveduta sul contratto d'assicurazione in vigore dal 1° gennaio 2022

Ai contratti assicurativi conclusi prima del 2022, la revisione della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908 che entra in vigore il 1° gennaio 2022 si applica unicamente nel quadro della disposizione transitoria secondo l'art. 103a LCA.



Bundesplatz 15
6002 Lucerna
Telefono +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch