



Assicurazione individuale d'indennità giornaliera agricola

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 resp. 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 (inclusa maternità) e/o
- infortunio

I rischi concreti assicurati nonché l'entità della protezione assicurativa sono deducibili dalla proposta d'assicurazione resp. 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, stupefacenti e altre sostanze tossiche, 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 resp. 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 resp. l'assicurato ha causato l'incapacità al lavoro per negligenza grave;
- per infortuni conseguenti ad atti temerari.

Qualora la persona assicurata percepisse un sovrindennizzo, allora le prestazioni assicurate dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera agricola verrebbero ridotte nella misura in cui la persona assicurata ne trae profitto. Vi è sovrindennizzo nella misura in cui le prestazioni d'indennità giornaliera superano la perdita di reddito proveniente dall'attività all'interno dell'azienda agricola, il corrispettivo per la prestazione lavorativa resa impossibile, soprattutto per quanto riguarda l'economia domestica, o per i disoccupati l'ammontare dell'indennità di disoccupazione. In caso di maternità, le prestazioni verranno ridotte delle indennità di maternità secondo la legge federale sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG), per quanto la persona assicurata ne abbia diritto.

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

A quanto ammonta il premio?

L'ammontare del premio può essere graduato a seconda delle regioni e dell'età d'entrata. L'età d'entrata corrisponde all'età al momento della conclusione del contratto. La persona assicurata viene assegnata in modo permanente al gruppo d'età d'entrata corrispondente. Tutte le indicazioni a riguardo del premio possono essere tratte dalla proposta d'assicurazione resp. 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 d'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, qualora la persona assicurata non abbia richiesto il mantenimento della sua attuale copertura assicurativa fino al massimo all'età di 70 anni compiuti;
- in caso di fallimento dello stipulante con l'apertura del fallimento;
- con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni;
- con la cessazione dell'attività lucrativa risp. dell'accudimento all'economia domestica all'interno di un'azienda agricola in Svizzera;
- 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'assicu-

razione. 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.

L'assicurazione può inoltre essere disdetta per iscritto dallo stipulante 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.

La CONCORDIA può inoltre 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 la persona assicurata è in ritardo con il pagamento del premio, se è stata diffidata 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 nella 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 individuale d'indennità giornaliera agricola

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

<p>I. In generale Basi 1 Assicuratore 2</p> <p>II. Entità dell'assicurazione Oggetto dell'assicurazione 3 Persone assicurate 4 Ammissione nell'assicurazione 5 Cambiamento dell'assicurazione 6</p> <p>III. Possibilità d'assicurazione Varianti 7 Termini d'attesa 8 Prestazioni assicurate 9</p> <p>IV. Definizioni Forma maschile e femminile 10 Assicurazione danni 11 Incapacità al lavoro 12 Malattia 13 Infortunio 14 Periodo d'assicurazione 15</p> <p>V. Inizio e fine dell'assicurazione Inizio della protezione assicurativa 16 Durata del contratto 17 Polizza surrogata 18 Fine dell'assicurazione 19 Disdetta 20 Rinuncia al diritto legale di cessazione 21 Estinzione del diritto alle prestazioni 22</p> <p>VI. Prestazioni assicurate Diritto alle prestazioni 23 Termine d'attesa 24 Durata delle prestazioni 25 Dimoranti temporanei e impiegati stagionali 26 Prestazioni all'estero 27 Disoccupazione 28 Maternità 29 Prestazioni in età AVS 30</p> <p>VII. Premi Tariffa dei premi 31 Scadenza, pagamento dei premi 32 Diffida, mora nel pagamento 33 Adattamento della tariffa dei premi 34</p>	<p>Art.</p>	<p>VIII. Obblighi e motivazione del diritto alle prestazioni Obblighi e doveri 35 Motivazione del diritto alle prestazioni 36</p> <p>IX. Limitazioni della protezione assicurativa Esclusioni 37 Riduzione e rifiuto delle prestazioni 38 Assicurazione multipla 39 Versamento delle prestazioni, sovrindennizzo e restituzione 40 Prestazione anticipata e regresso 41</p> <p>X. Varia Compensazione, cessione e costituzione in pegno 42 Adempimento 43 Comunicazioni 44 Foro competente 45</p> <p>I. In generale</p> <p>1 Basi 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>2 Assicuratore 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 o infortunio.

3.2 L'assicurazione è un'assicurazione danni.

4 Persone assicurate

L'assicurazione è accessibile alle persone che esercitano un'attività lucrativa o che accudiscono all'economia domestica all'interno di un'azienda agricola in Svizzera.

5 Ammissione nell'assicurazione

5.1 L'ammissione nell'assicurazione avviene con un esame dello stato di salute.

5.2 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.

5.3 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 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.

5.4 L'assicuratore ha il diritto di apporre delle riserve per singole malattie e postumi d'infortunio o di rifiutare completamente l'assicurazione.

6 Cambiamento dell'assicurazione

6.1 Un aumento dell'indennità assicurata può essere richiesto per il primo del mese seguente. L'art. 5 vale nel suo senso anche per l'aumento dell'assicurazione.

6.2 Rispettando un termine di tre mesi alla scadenza del periodo d'assicurazione, può essere richiesta per iscritto una riduzione dell'assicurazione per l'inizio del prossimo periodo d'assicurazione.

6.3 Purché siano adempite le premesse secondo l'art. 5, è possibile effettuare qualsiasi trasformazione dell'importo dell'indennità e dei termini d'attesa dell'assicurazione d'indennità giornaliera esistente, con mantenimento della stessa categoria d'età, premesso che ciò non causi un aumento del premio.

6.4 Gli assicurati disoccupati possono trasformare entro 30 giorni dall'annuncio presso l'assicurazione di disoccupazione ai sensi della legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (LADI) la loro esistente assicurazione d'indennità giornaliera per l'importo attuale, indipendentemente dallo stato di salute, in un'assicurazione con un termine d'attesa di 30 giorni.

III. Possibilità d'assicurazione

7 Varianti

7.1 Possono essere scelte le seguenti varianti d'assicurazione:

- indennità giornaliera in caso di malattia;
- indennità giornaliera in caso di infortunio;
- indennità giornaliera in caso di malattia e infortunio.

7.2 Con un'indennità giornaliera in caso di malattia risp. in caso di malattia e infortunio vengono elargite le prestazioni anche in caso di maternità.

8 Termini d'attesa

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

9 Prestazioni assicurate

L'assicuratore si accorda con lo stipulante sulle prestazioni massime assicurate.

IV. Definizioni

10 Forma maschile e femminile

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

11 Assicurazione danni

L'assicurazione danni copre, a seconda della variante assicurativa scelta, il danno causato da malattia o infortunio, premesso che questo sia da ricondurre all'attività svolta dalla persona assicurata nell'ambito dell'azienda agricola in Svizzera risp. nell'accudire all'economia domestica. Il salario che il datore di lavoro continua a corrispondere nonché le prestazioni di altre assicurazioni private e sociali o le prestazioni di altri aventi obbligo di pagamento vengono computati. Il pagamento della prestazione assicurata dipende dal fatto se e in quale misura la persona assicurata ha subito un danno in seguito a malattia o infortunio. Trovano applicazione gli art. 39 e 40.

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 attuali 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 Periodo d'assicurazione

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

V. Inizio e fine dell'assicurazione

16 Inizio della protezione assicurativa

L'assicurazione può essere stipulata per il primo di ogni mese. 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.

17 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 del contratto per un ulteriore anno.

18 Polizza surrogata

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

19 Fine dell'assicurazione

19.1 L'assicurazione si estingue:

19.1.1 con il decesso dell'assicurato;

19.1.2 con la disdetta;

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

19.1.4 con la riscossione di una rendita AVS. L'art. 30 rimane riservato;

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

19.1.6 con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni;

19.1.7 con la cessazione dell'attività lucrativa risp. dell'accudimento all'economia domestica nell'ambito dell'azienda agricola (art.4);

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

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

19.2 Lo stipulante risp. l'assicurato è obbligato ad informare immediatamente l'assicuratore per iscritto, se uno degli eventi menzionati negli art. 19.1.7 – 19.1.9 si avverasse. Se questa comunicazione viene omessa, l'assicuratore non è più vincolato al contratto.

20 Disdetta

20.1 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. 15).

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

20.3 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.

21 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 nonché in caso di tentato o compiuto abuso assicurativo.

22 Estinzione del diritto alle prestazioni

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

VI. Prestazioni assicurate

23 Diritto alle prestazioni

23.1 Il diritto alle prestazioni è dato qualora, in base ad accertamento da parte di un medico o di un chirurgo, 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 tutt'al più per la durata massima delle prestazioni.

23.2 In caso d'incapacità al lavoro di almeno il 50%, l'indennità giornaliera verrà versata in proporzione al grado dell'incapacità al lavoro. La protezione assicurativa per la rimanente capacità al lavoro rimane intatta finché non saranno complessivamente state versate le prestazioni equivalenti a 720 indennità giornaliere intere. Per la durata delle prestazioni è valido l'art. 25.

23.3 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. Trova applicazione l'art. 23.2.

24 Termine d'attesa

24.1 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.

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

24.3 Il termine d'attesa verrà computato solo una volta nell'arco di 365 giorni.

25 Durata delle prestazioni

25.1 Le prestazioni assicurate in caso d'incapacità al lavoro completa o parziale saranno versate per una o più malattie risp. infortuni al massimo durante 720 giorni nell'arco di 900 giorni.

25.2 I termini d'attesa non vengono computati sulla durata massima delle prestazioni, a meno che il datore di lavoro non sia tenuto a versare il salario durante il termine d'attesa.

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

26 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.

27 Prestazioni all'estero

27.1 In caso d'incapacità al lavoro all'estero le prestazioni assicurate vengono versate solo per la durata di una degenza ospedaliera.

27.2 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.

27.3 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.

27.4 Se gli assicurati si recano all'estero per terapie, cure o parto, non vengono accordate prestazioni.

27.5 Se una persona assicurata incapace al lavoro si reca all'estero senza il permesso dell'assicuratore, non le verranno versate le prestazioni assicurative durante tutto il soggiorno all'estero.

28 Disoccupazione

Ai disoccupati ai sensi della legge federale sull'assicurazione obbligatoria di disoccupazione e l'indennità per insolvenza (LADI) verrà versata in caso di un'incapacità al lavoro del 50% la metà dell'indennità giornaliera, in caso di un'incapacità al lavoro superiore al 50% l'intera indennità giornaliera.

29 Maternità

29.1 In caso di gravidanza e parto vengono versate durante 16 settimane le prestazioni assicurate che l'assicurata aveva assicurato fino al giorno del parto da almeno 270 giorni e senza interruzione superiore a tre mesi. Il termine d'attesa convenuto viene computato sulle 16 settimane. Queste condizioni sono valide anche in caso di un successivo aumento dell'assicurazione.

29.2 Le prestazioni vengono versate dopo un gravidanza durata almeno 28 settimane anche se il bambino non è nato vivo.

29.3 Il diritto alle prestazioni nasce al più presto due settimane antecedenti il parto.

29.4 Le prestazioni non vengono computate sulla durata massima delle prestazioni.

29.5 Se l'assicurata ha diritto ad un'indennità in virtù della legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità (LIPG), le prestazioni verranno versate con deduzione dell'indennità di maternità secondo la LIPG durante 16 settimane dopo il parto. Il termine d'attesa non verrà computato. In caso di gravidanza il diritto alle prestazioni sorge solo in caso di incapacità al lavoro dovuta a complicazioni e certificata dal medico. Queste condizioni sono valide anche in caso di un successivo aumento dell'assicurazione.

30 Prestazioni in età AVS

30.1 Se a partire dal momento in cui percepisce una rendita AVS, l'assicurato è incapace al lavoro almeno in misura del 50% e continua a svolgere un'attività lucrativa, la copertura assicurativa verrà su richiesta mantenuta, al massimo però fino all'età di 70 anni compiuti.

- 30.2 In età AVS vengono versate le prestazioni provenienti complessivamente da tutte le assicurazioni al massimo durante 180 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi; dopodiché le assicurazioni si estinguono. Le prestazioni percepite immediatamente prima dell'età AVS vengono computate se insieme superano la durata massima delle prestazioni secondo l'art. 25.
- 30.3 In età AVS, i termine d'attesa concordati vengono computati solo fino a un massimo di 30 giorni sulla durata delle prestazioni.

VII. Premi

31 Tariffa dei premi

- 31.1 I premi vengono calcolati per periodo d'assicurazione (art. 15) e fissati in una particolare tariffa dei premi.
- 31.2 Questi possono essere graduati a seconda della regione e dell'età d'entrata.
- 31.3 L'età d'entrata corrisponde all'età al momento della conclusione del contratto. L'assicurato viene assegnato in modo permanente al gruppo d'età d'entrata corrispondente.
- 31.4 Per un successivo aumento dell'assicurazione vale il gruppo d'età d'entrata che corrisponde all'età dell'assicurato al momento dell'entrata in vigore dell'aumento dell'assicurazione.

32 Scadenza, pagamento dei premi

- 32.1 Il premio annuo deve essere pagato in anticipo. Esso scade il 1° 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, facendo riferimento alle 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 viene pagato con interessi e spese. Per casi assicurativi che si verificano durante il periodo di mora e dopo la scadenza del termine di diffida, 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.

VIII. Obblighi e motivazione del diritto alle prestazioni

35 Obblighi e doveri

- 35.1 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.
- 35.2 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.
- 35.3 Su richiesta dell'assicuratore, l'assicurato è obbligato a sottoporsi ad ulteriori visite mediche.
- 35.4 L'assicuratore si riserva il diritto di effettuare in qualsiasi momento delle visite di controllo presso le persone assicurate incapaci al lavoro. L'accoglienza delle persone di controllo dell'assicuratore o di terze persone incaricate non può essere rifiutata.

35.5 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 del danno). Un'attività ragionevolmente esigibile in un'altra professione o settore d'attività viene considerata.

35.6 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.

36 Motivazione del diritto alle prestazioni

36.1 La motivazione del diritto alle prestazioni deve avvenire da parte dello stipulante risp. dell'assicurato sul modulo messo a disposizione dall'assicuratore.

36.2 Le incapacità al lavoro di assicurati devono essere notificate all'assicuratore allegando il certificato rilasciato da un medico o da un chiropratico al più tardi cinque giorni dopo la scadenza del termine d'attesa convenuto, in ogni caso però entro 30 giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro. In caso di ritardo ingiustificato della notifica, il diritto alle prestazioni assicurate inizia al più presto dal momento dell'arrivo della notifica.

36.3 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 versate solo se l'evento assicurativo è stato annunciato tempestivamente alle rispettive assicurazioni. Oltre ai documenti citati negli articoli 36.1 e 36.2 devono essere inviati all'assicuratore anche la conferma dell'annuncio, i conteggi ed eventuali decisioni dell'altro assicuratore.

36.4 Per far valere il diritto alle prestazioni di maternità è necessario inviare all'assicuratore un certificato medico che fornisce informazioni sulla durata della gravidanza e sulla data del parto. Se inoltre all'assicurata è stata versata un'indennità di maternità secondo la legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità (LIPG), essa è tenuta ad inviare all'assicuratore il conteggio della cassa di compensazione AVS relativo all'indennità di maternità.

IX. Limitazioni della protezione 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. 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 indifesa;
- 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.

37.2 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 (includere complicazioni e conseguenze tardive);
- cambiamenti di sesso (includere complicazioni e conseguenze tardive).

38 Riduzione e rifiuto delle prestazioni

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

- 38.1 qualora lo stipulante risp. l'assicurato avesse mancato ai suoi doveri e alle sue obbligazioni (art. 35) nei confronti dell'assicuratore, a meno che possa dimostrare che la mancanza non è imputabile a colpa;
- 38.2 se lo stipulante risp. l'assicurato ha causato l'incapacità al lavoro per negligenza grave;
- 38.3 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 atti temerari.

39 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.

40 Versamento delle prestazioni, sovrindennizzo e restituzione

- 40.1 L'assicurazione d'indennità giornaliera non può comportare un sovrindennizzo per l'assicurato. Vi è sovrindennizzo nella misura in cui le prestazioni d'indennità giornaliera superano la perdita di reddito proveniente dall'attività all'interno dell'azienda agricola, il corrispettivo per la prestazione lavorativa resa impossibile, soprattutto per quanto riguarda l'economia domestica, o per i disoccupati l'ammontare dell'indennità di disoccupazione. In caso di maternità trova applicazione l'art. 29.5.
- 40.2 L'assicuratore riduce le sue prestazioni nella misura in cui l'assicurato ne trae un guadagno.
- 40.3 Per il calcolo del sovrindennizzo vengono tenuti in considerazione un eventuale obbligo di versamento del salario da parte del datore di lavoro, le prestazioni di altre assicurazioni private e sociali nonché il guadagno realizzabile e ragionevolmente esigibile (art. 35.5.)
- 40.4 Qualora l'indennità giornaliera venisse ridotta in seguito a sovrindennizzo, l'assicurato ha diritto, in caso di completa incapacità al lavoro, all'equivalente di 720 indennità giornaliere intere. In caso d'incapacità al lavoro parziale l'assicurato ha diritto all'equivalente di 720 indennità giornaliere corrispondenti al grado dell'incapacità al lavoro attestata dal medico. I termini per la riscossione di prestazioni stabiliti nell'art. 25.1 vengono prorogati in conformità alla riduzione.
- 40.5 Agli assicurati che non sono in grado di documentare la perdita di reddito non coperta risp. il corrispettivo per la prestazione lavorativa fornita finora, è accordata un'indennità giornaliera di CHF 10 al massimo.
- 40.6 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. 40.2.
- 40.7 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.

- 40.8 Risarcimenti accordati da un terzo responsabile o dal suo assicuratore di responsabilità civile vengono dedotti dalle prestazioni dell'assicuratore.
- 40.9 Eventuali riduzioni effettuate in altre assicurazioni non vengono coperte dall'assicurazione d'indennità giornaliera agricola.
- 40.10 Le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite all'assicuratore.

41 Prestazione anticipata e regresso

- 41.1 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.
- 41.2 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

42 Compensazione, cessione e costituzione in pegno

- 42.1 Lo stipulante ossia l'assicurato non ha alcun diritto di compensare nei confronti dell'assicuratore i premi arretrati con dei diritti a prestazioni.
- 42.2 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.

43 Adempimento

- 43.1 Gli obblighi derivanti da questo contratto sono da adempire in Svizzera e nell'unità monetaria svizzera.
- 43.2 Se delle prestazioni soggette all'imposta alla fonte vengono pagate direttamente all'assicurato, dalle stesse verrà dedotta la trattenuta fiscale dovuta alla fonte.

44 Comunicazioni

- 44.1 Tutte le comunicazioni possono essere inviate con validità giuridica alla Sede principale della CONCORDIA o alla sua rappresentanza indicata nella polizza.
- 44.2 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.
- 44.3 L'assicurato deve comunicare per iscritto alla CONCORDIA ogni cambiamento del suo indirizzo o della sua 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.

45 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
info@concordia.ch