

Assicurazione individuale d'indennità giornaliera agricola

Informazioni per la clientela sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera agricola

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 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 l'estensione della copertura assicurativa risultano dalla proposta d'assicurazione, dalla polizza assicurativa nonché dalle CGA.

La presente assicurazione è un'assicurazione contro i danni.

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 aut mutilazione (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.

Se la persona assicurata percepisce un sovrindennizzo, le prestazioni coperte dall'assicurazione individuale d'indennità giornaliera agricola sono ridotte nella misura in cui la persona assicurata realizza un guadagno. 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, oppure superano il corrispettivo per la prestazione lavorativa resa impossibile, soprattutto per quanto riguarda l'economia domestica, oppure superano l'ammontare dell'indennità di disoccupazione per le persone disoccupate. In caso di maternità, le indennità di maternità secondo la legge federale sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG), per quanto la persona assicurata ne abbia diritto, sono dedotte dalle prestazioni.

Ulteriori esclusioni e riduzioni risultano dalle CGA.

A quanto ammonta il premio?

L'importo del premio può variare in base alle regioni e all'età alla conclusione del contratto. La persona assicurata è assegnata in modo permanente alla fascia di età di appartenenza alla conclusione del contratto. 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 incombono alla 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, purché la persona assicurata non abbia richiesto il mantenimento della sua

attuale copertura assicurativa fino al massimo all'età di 70 anni;

- in caso di fallimento della/dello stipulante con l'apertura del fallimento;
- con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni;
- con la cessazione dell'attività lucrativa o dell'accudimento all'economia domestica presso l'azienda agricola;
- 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.

La CONCORDIA può inoltre disdire il contratto se sono stati taciuti fatti rilevanti o se ne è stata data inesatta comunicazione (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.

A quale scopo vengono trattati i dati presso la CONCORDIA?

- Conclusione ed esecuzione del contratto d'assicurazione (compreso l'allestimento dell'offerta)

I dati sono trattati ai fini dell'allestimento dell'offerta, della conclusione e dell'esecuzione del contratto d'assicurazione, segnatamente nell'ambito delle seguenti attività: trattamento delle richieste, disbrigo delle prestazioni, osservanza di disposizioni legali e normative e di direttive interne, versamento delle provvigioni, gestione dei dati, analisi statistica, verifica delle proposte e underwriting nonché accertamento di un'eventuale violazione dell'obbligo di dichiarazione (LCA), informazioni alla clientela, corrispondenza con la clientela, incassi ed esborsi, consulenza alla clientela, tessera d'assicurazione, verifica dell'obbligo assicurativo, controllo degli sconti, lotta alla frode assicurativa. I dati sono salvati elettronicamente o conservati in forma cartacea.

- Sicurezza

I dati sono trattati ai fini della garanzia della sicurezza delle informazioni, segnatamente nell'ambito delle seguenti attività: sorveglianza e registrazione dei sistemi e delle reti della CONCORDIA, garanzia dell'operatività, gestione dei malfunzionamenti, testing e gestione dei backup.

- Marketing

La CONCORDIA utilizza i dati raccolti per finalità di marketing. In particolare, le persone interessate accettano di ricevere una lettera e di essere contattate telefonicamente da una o un dipendente della CONCORDIA Assicurazioni SA o di una società partner una volta all'anno. Possono essere svolte altre attività di marketing, quali sondaggi sulla soddisfazione e le esigenze della clientela, studi di mercato, offerte di servizi su misura. Le persone interessate possono revocare in qualsiasi momento il consenso accordato. La legittimità del trattamento dei dati effettuato fino alla revoca rimane impregiudicata.

I dati vengono scambiati con terzi?

In circostanze specifiche, la CONCORDIA può raccogliere dati presso terzi (ad esempio ospedali, medici, altri assicuratori, autorità). Si tratta di dati assicurativi (ad esempio cognome, indirizzo, dati di contatto, prodotti assicurativi stipulati) o di dati sulla salute (ad esempio fatture, rapporti medici, conteggi di prestazioni).

La CONCORDIA inoltre, per ottemperare ai propri obblighi legali e contrattuali, può comunicare a terzi i dati in suo possesso. A seconda del caso, le destinatarie e i destinatari dei dati possono essere in particolare le seguenti categorie di terzi: fornitori di servizi che affiancano la CONCORDIA nel quadro degli scopi del trattamento dei dati (ad esempio fornitori di servizi IT, tipografie, centri partner), autorità, altri assicuratori, riassicuratori, perite e periti esterni, entità o persone terze coinvolte in controversie giuridiche o altre società del Gruppo CONCORDIA.

I dati possono essere trasmessi ai centri clientela della CONCORDIA nel Principato del Liechtenstein. Il Consiglio federale ha stabilito che la legislazione del Liechtenstein garantisce un livello di protezione dei dati appropriato ai sensi dell'art. 16 cpv. 2 della legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Chi è titolare del trattamento dei dati?

Titolare del trattamento dei dati è la CONCORDIA Assicurazioni SA, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna. La persona assicurata ha diritto di chiedere alla CONCORDIA le informazioni in merito al trattamento dei propri dati previste dalla legge. La o il responsabile della protezione dei dati in seno alla CONCORDIA è contattabile per posta, per email o telefonicamente: CONCORDIA, Protezione dei dati, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna, info@concordia.ch, +41 41 228 01 11.

Informazioni complete sono contenute nell'informativa riguardante la protezione dei dati, consultabile sul sito www.concordia.ch/protezionedati.

Assicurazione individuale d'indennità giornaliera agricola

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

	Art.		
I. Informazioni generali		VIII. Obblighi e giustificazione del diritto alle prestazioni	
Basi del contratto	1	Obblighi e doveri	34
Assicuratore	2	Giustificazione del diritto alle prestazioni	35
II. Quadro assicurativo		IX. Limitazioni della copertura assicurativa	
Oggetto dell'assicurazione	3	Esclusioni	36
Persone assicurate	4	Decurtazioni e rifiuto di prestazioni	37
Ammissione nell'assicurazione	5	Assicurazione multipla	38
Modifiche dell'assicurazione	6	Erogazione, sovraindennizzo e recupero di prestazioni	39
III. Opzioni assicurative		Prestazioni anticipate e regresso	40
Varianti	7	X. Varie	
Periodi di attesa	8	Compensazione, cessione e costituzione in pegno di prestazioni	41
Prestazioni assicurate	9	Adempimento	42
IV. Definizioni		Comunicazioni	43
Forma scritta, forme di testo equiparate	10	Foro competente	44
Assicurazione contro i danni	11	Garanzia dei diritti acquisiti verso le modifiche a decorrere dal 1° gennaio 2022	45
Incapacità al lavoro	12	Applicazione della legge riveduta sul contratto d'assicurazione in vigore dal 1° gennaio 2022	46
Malattia	13	I. Informazioni generali	
Infortunio	14	1 Basi del contratto	
Periodo d'assicurazione	15	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	16	1.1.2 le dichiarazioni scritte che la/lo stipulante (proponente) e le persone assicurate (persone da assicurare) formulano nella proposta, nel rapporto della visita medica e in altri documenti scritti.	
Durata del contratto	17	1.2 Eventuali disposizioni divergenti contenute nelle CCA prevalgono sulle presenti CGA.	
Polizza sostitutiva	18	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	19	2 Assicuratore	
Disdetta	20	Assicuratore ai sensi delle seguenti disposizioni è la CONCORDIA Assicurazioni SA, con sede a Lucerna, in seguito denominata CONCORDIA.	
Estinzione del diritto alle prestazioni	21		
VI. Prestazioni assicurate			
Diritto alle prestazioni	22		
Periodo di attesa	23		
Durata delle prestazioni	24		
Dimora temporanea e impiego stagionale	25		
Prestazioni all'estero	26		
Disoccupazione	27		
Maternità	28		
Prestazioni in età AVS	29		
VII. Premi			
Tariffa dei premi	30		
Scadenza, pagamento dei premi	31		
Diffida, ritardo di pagamento	32		
Adeguamento della tariffa dei premi	33		

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 o infortunio, nel quadro delle prestazioni convenute nelle seguenti disposizioni, nella polizza e in eventuali CCA.

3.2 L'assicurazione individuale d'indennità giornaliera agricola è un'assicurazione contro i danni.

4 Persone assicurate

L'assicurazione è riservata a persone che esercitano un'attività lucrativa o che accediscono all'economia domestica in un'azienda agricola in Svizzera.

5 Ammissione nell'assicurazione

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

5.2 Per concludere 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.

5.3 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.

5.4 **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.

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

6 Modifiche dell'assicurazione

6.1 Un aumento dell'importo dell'indennità giornaliera assicurata può essere sempre richiesto per il primo del mese successivo. La stessa procedura dell'art. 5 si applica per analogia alla richiesta di un livello di copertura assicurativa superiore.

6.2 Una riduzione del livello di copertura assicurativa a decorrere dall'inizio del periodo d'assicurazione successivo può essere presentata per iscritto con un anticipo di almeno tre mesi prima della fine del periodo d'assicurazione in corso.

6.3 Se i termini di cui all'art. 5 sono rispettati, è possibile modificare gli importi delle indennità giornaliere e i periodi di attesa all'interno della medesima assicurazione d'indennità giornaliera e del medesimo gruppo di età iniziale, a patto che il premio resti invariato.

6.4 Nei trenta giorni successivi all'iscrizione all'assicurazione contro la disoccupazione conformemente alla legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (LADI), le persone assicurate disoccupate possono trasformare l'assicurazione in essere in un'assicurazione con un periodo di attesa di trenta giorni mantenendo invariato l'importo dell'indennità giornaliera e senza sottoporsi a un esame dello stato di salute.

III. Opzioni assicurative

7 Varianti

7.1 Sono disponibili 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 Le due varianti assicurative «in caso di malattia» e «in caso di malattia e infortunio» includono prestazioni per la maternità.

8 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.

9 Prestazioni assicurate

L'assicuratore concorda insieme alla/allo stipulante le prestazioni massime assicurate.

IV. Definizioni

10 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.

11 Assicurazione contro i danni

L'assicurazione contro i danni copre, a seconda della variante assicurativa scelta, i danni dovuti a malattia o infortunio riconducibili ad attività che la persona assicurata svolge in un'azienda agricola in Svizzera o accudendo all'economia domestica di un'azienda agricola in Svizzera. Dalle prestazioni erogate sono dedotti 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 o infortunio. Si applicano gli artt. 38 e 39.

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 Periodo d'assicurazione

Il periodo d'assicurazione corrisponde all'anno civile.

V. Inizio e fine dell'assicurazione

16 Inizio della copertura assicurativa / Revoca

16.1 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.

16.2 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.

17 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.

18 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.

19 Fine dell'assicurazione

19.1 L'assicurazione si estingue:

19.1.1 con il decesso della persona assicurata;

19.1.2 in seguito a disdetta;

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

19.1.4 con la riscossione di una rendita AVS, resta salvo l'art. 29;

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

19.1.6 con il raggiungimento della durata massima di prestazioni;

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

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

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

19.2 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. 19.1.7 – 19.1.9. In mancanza di questa comunicazione, l'assicuratore non è più vincolato al contratto.

20 Disdetta

- 20.1 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. 15).
- 20.2 Inoltre la/lo stipulante può disdire l'assicurazione in caso di modifiche alla tariffa dei premi conformemente all'art. 33.
- 20.3 La disdetta deve essere formulata per iscritto e deve pervenire all'assicuratore almeno un giorno prima dell'inizio del periodo di preavviso.
- 20.4 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.
- 20.5 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.

21 Estinzione del diritto alle 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

22 Diritto alle prestazioni

- 22.1 Il diritto a prestazioni sussiste se, in base alla valutazione di un medico o di una/un chiropratica/o, 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.
- 22.2 In caso di parziale incapacità al lavoro di almeno il 50%, l'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al grado dell'incapacità al lavoro. La copertura assicurativa della capacità lavorativa residua resta intatta finché non saranno state erogate complessivamente prestazioni equivalenti a 720 indennità giornaliere intere.
- 22.3 Se l'incapacità al lavoro è riconducibile solo in parte alla malattia o all'infortunio, l'assicuratore eroga prestazioni in misura proporzionale. Si applica l'art. 22.2.

23 Periodo di attesa

- 23.1 Il periodo di attesa inizia il primo giorno dell'incapacità al lavoro attestata sotto il profilo medico, al più presto cinque giorni prima del primo trattamento medico.
- 23.2 Per il calcolo del periodo di attesa, i giorni di incapacità lavorativa parziale sono considerati come giorni d'incapacità al lavoro totale.
- 23.3 Sull'arco di 365 giorni si calcola un solo periodo di attesa.

24 Durata delle prestazioni

- 24.1 In caso di incapacità al lavoro totale o parziale riconducibile a una o più malattie o infortuni, le prestazioni assicurate sono erogate su un arco di 900 giorni per 720 giorni al massimo.
- 24.2 I periodi di attesa non incidono sulla durata massima di prestazioni, ad eccezione del caso in cui la datrice/il datore di lavoro non abbia l'obbligo di continuare a pagare il salario durante il periodo di attesa.
- 24.3 Una rinuncia a prestazioni da parte della persona assicurata non ha alcun effetto sulla durata massima di prestazioni, che resta invariata.

25 Dimora temporanea e impiego stagionale

Le dimoranti temporanee/I dimoranti temporanei e le impiegate stagionali/gli impiegati stagionali non hanno diritto a prestazioni nel lasso di tempo 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.

26 Prestazioni all'estero

- 26.1 In caso d'incapacità al lavoro all'estero, le prestazioni assicurate sono erogate esclusivamente per la durata di una degenza ospedaliera.
- 26.2 Se la persona assicurata lavora all'estero per conto di un datore di lavoro svizzero, le prestazioni assicurate sono accordate per intero. In questo caso, oltre a presentare un certificato medico, la persona assicurata deve far confermare la sua incapacità lavorativa dal datore di lavoro.
- 26.3 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.
- 26.4 Se la persona assicurata si reca all'estero per sottoporsi a un trattamento o seguire una cura oppure per partorire, non ha diritto a prestazioni.
- 26.5 Se la persona assicurata incapace al lavoro si reca all'estero senza l'autorizzazione dell'assicuratore, per tutta la durata del soggiorno all'estero non ha diritto a prestazioni.

27 Disoccupazione

Le persone disoccupate ai sensi della LADI hanno diritto a metà indennità giornaliera in caso di un'incapacità al lavoro del 50% e all'intera indennità giornaliera in caso di un'incapacità al lavoro superiore al 50%.

28 Maternità

- 28.1 Per maternità e parto l'assicurata percepisce per 16 settimane le prestazioni che risultano essere assicurate per almeno 270 giorni prima del parto senza interruzioni superiori ai tre mesi. Il periodo di attesa convenuto è sottratto dalle 16 settimane. Queste condizioni si applicano anche in caso di successivo passaggio a un livello di copertura superiore.
- 28.2 Le prestazioni sono erogate per una gravidanza di almeno 28 settimane, anche se la bimba o il bimbo non nasce viva/o.
- 28.3 Il diritto a prestazioni inizia al più presto due settimane prima del parto.
- 28.4 Le prestazioni erogate per la maternità non intaccano la durata massima della prestazioni.
- 28.5 Se l'assicurata ha diritto a un'indennità in virtù della legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità o paternità (LIPG), le prestazioni sono erogate nelle 16 settimane successive al parto previa deduzione dell'indennità di maternità secondo la LIPG. Il periodo di attesa non è sottratto. Durante una gravidanza si ha diritto a prestazioni solo se l'incapacità al lavoro certificata sotto il profilo medico è dovuta a complicazioni. Queste condizioni si applicano anche in caso di un successivo passaggio a un livello di copertura superiore.

29 Prestazioni in età AVS

- 29.1 Se, quando inizia a percepire una rendita AVS, la persona assicurata continua a svolgere un'attività lucrativa ed è capace al lavoro almeno in misura del 50%, può richiedere il prolungamento della sua copertura assicurativa, tuttavia al massimo fino al compimento dei 70 anni.
- 29.2 In età AVS le prestazioni provenienti da tutte le assicurazioni si accumulano e sono erogate su un arco di 900 giorni consecutivi per 180 giorni al massimo; in seguito le assicurazioni si estinguono. Eventuali prestazioni percepite immediatamente prima di raggiungere l'età AVS confluiscono in questo calcolo, se complessivamente viene superata la durata massima delle prestazioni di cui all'art. 24.
- 29.3 In età AVS i periodi di attesa convenuti sottraibili dalla durata delle prestazioni non possono superare i trenta giorni.

VII. Premi

30 Tariffa dei premi

- 30.1 I premi sono calcolati sul periodo d'assicurazione (art. 15) e fissati in una particolare tariffa dei premi.
- 30.2 I premi possono variare in funzione della regione e dell'età della persona assicurata alla conclusione del contratto.
- 30.3 L'assegnazione al gruppo in base all'età alla conclusione del contratto è permanente. Le fasce di età di riferimento sono:
- 16-20 anni;
 - 21-30 anni;
 - 31-45 anni;
 - 46-50 anni;
 - 51-60 anni;
 - 61 e oltre.
- 30.4 In caso di successivo passaggio a un livello di copertura superiore però, la persona assicurata è riassegnata a un gruppo in base alla sua età alla data di decorrenza del passaggio.

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 corresponsione 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, l'importo è dovuto per intero, sono solo i pagamenti a essere dilazionati nel corso dell'anno.
- 31.5 Se la/lo stipulante è in ritardo con il pagamento di una rata, deve immediatamente corrispondere 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 della diffida, 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.

VIII. Obblighi e giustificazione del diritto alle prestazioni

34 Obblighi e doveri

34.1 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.

34.2 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.

34.3 La persona assicurata è tenuta, su ordine dell'assicuratore, a sottoporsi a esami medici supplementari.

34.4 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.

34.5 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 o ramo d'occupazione.

34.6 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.

35 Giustificazione del diritto alle prestazioni

35.1 La/Lo stipulante o la persona assicurata deve motivare la richiesta di prestazioni utilizzando il modulo messo a disposizione dall'assicuratore.

35.2 L'incapacità lavorativa di una 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 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.

35.3 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 art. 35.1 e 35.2 devono essere inviati all'assicuratore anche la conferma dell'annuncio, i conteggi ed eventuali decisioni dell'assicuratore terzo.

35.4 Alla richiesta di prestazioni per maternità occorre allegare un certificato medico che attesti la durata della gravidanza e la data del parto. Se la persona assicurata ha percepito un'indennità di maternità in virtù della LIPG, deve esibire all'assicuratore il relativo conteggio della cassa di compensazione AVS.

35.5 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

36 Esclusioni

- 36.1 L'assicurazione non copre incapacità al lavoro che presentano un nesso con gli eventi seguenti:
- 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 tossiche, come pure abuso di alcool e medicinali;
 - tentato o compiuto suicidio e tentato o compiuto automutilazione.

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

- 36.2 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).

37 Decurtazioni e rifiuto di prestazioni

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

- 37.1 se la/lo stipulante o la persona assicurata non adempie i propri obblighi e doveri (art. 34) 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;
- 37.2 se l'incapacità al lavoro è riconducibile a negligenza grave della/dello stipulante o della persona assicurata;

- 37.3 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.

38 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.

39 Erogazione, sovrindennizzo e recupero di prestazioni

- 39.1 Le prestazioni erogate dall'assicurazione d'indennità giornaliera non devono generare un sovrindennizzo a favore della persona assicurata. 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, oppure superano il corrispettivo per la prestazione lavorativa resa impossibile, soprattutto per quanto riguarda l'economia domestica, oppure superano l'ammontare dell'indennità di disoccupazione per le persone disoccupate. Per la maternità si applica l'art. 28.5.
- 39.2 L'assicuratore riduce le sue prestazioni nella misura in cui la persona assicurata realizza un guadagno.
- 39.3 Per il calcolo del sovrindennizzo vengono tenuti in considerazione un eventuale obbligo di versamento del salario da parte della datrice/del datore di lavoro, le prestazioni di altre assicurazioni private e sociali nonché il guadagno realizzabile e ragionevolmente esigibile (art. 34.5.)
- 39.4 Se l'indennità giornaliera è decurtata in seguito a sovrindennizzo, la persona assicurata ha diritto in caso di completa incapacità al lavoro all'equivalente di 720 indennità giornaliere intere. In caso d'incapacità al lavoro parziale, la persona assicurata ha diritto all'equivalente di 720 indennità giornaliere in misura proporzionale al grado dell'incapacità al lavoro attestata sotto il profilo medico. In questo caso, la durata massima delle prestazioni convenute nell'art. 24.1 si prolunga di conseguenza.
- 39.5 Le persone assicurate che non sono in grado di documentare la perdita di reddito o il valore attuale della loro prestazione lavorativa ricevono un'indennità giornaliera di CHF 10 al massimo.

- 39.6 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. 39.2.
- 39.7 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.
- 39.8 Gli indennizzi versati alla persona assicurata da un terzo responsabile o dal suo assicuratore responsabilità civile sono dedotti dalle prestazioni a carico dell'assicuratore.
- 39.9 L'assicurazione d'indennità giornaliera agricola non copre le eventuali decurtazioni operate da altre assicurazioni.
- 39.10 Le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite all'assicuratore.

40 Prestazioni anticipate e regresso

- 40.1 L'assicuratore può erogare prestazioni anticipatamente a condizione che la persona assicurata ceda i propri diritti vantati nei confronti dei terzi tenuti a prestazione fino a concorrenza dell'importo percepito a titolo di anticipo e s'impegni a non intraprendere nulla che possa ostacolare l'esercizio di un eventuale diritto di regresso.
- 40.2 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

41 Compensazione, cessione e costituzione in pegno di prestazioni

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

42 Adempimento

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

43 Comunicazioni

- 43.1 Per avere validità giuridica, le comunicazioni devono essere inviate alla Sede principale della CONCORDIA o alla sua rappresentanza indicata sulla polizza.
- 43.2 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.
- 43.3 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.
- 43.4 Le comunicazioni possono anche essere trasmesse 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.

44 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.

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

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 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