

ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO PER AZIENDE (LCA)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

ÖKK-Versicherungen AG

Edizione 2007

Indice

1. Basi dell'assicurazione

- 1.1. Scopo
- 1.2. Garante assicurativo
- 1.3. Basi del contratto
- 1.4. Polizza d'assicurazione
- 1.5. Legge federale sul contratto d'assicurazione
- 1.6. Forma maschile e femminile

2. Persone assicurate

- 2.1. Contraente assicurativo
- 2.2. Persone assicurate
 - 2.2.1. Lavoratori dipendenti
 - 2.2.2. Assicurazione sulla base di accordi speciali
 - 2.2.3. Titolari aziendali e loro familiari
 - 2.2.4. Persone non assicurate

3. Validità territoriale

- 3.1. In generale
- 3.2. Lavoratori inviati all'estero
- 3.3. Soggiorno all'estero durante la malattia

4. Varianti d'assicurazione

- 4.1. Copertura integrale
 - 4.1.1. Principio
 - 4.1.2. Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti
- 4.2. Copertura con dichiarazione sullo stato di salute
 - 4.2.1. Principio
 - 4.2.2. Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti
 - 4.2.3. Annuncio
 - 4.2.4. Dichiarazione sullo stato di salute
 - 4.2.5. Obbligo d'informazione
 - 4.2.6. Obblighi del contraente assicurativo
- 4.3. Copertura scalare
 - 4.3.1. Principio
 - 4.3.2. Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti

5. Inizio, durata e fine del contratto d'assicurazione

- 5.1. Inizio del contratto d'assicurazione
- 5.2. Durata del contratto d'assicurazione
 - 5.2.1. In generale
 - 5.2.2. Rinnovo del contratto d'assicurazione
- 5.3. Fine del contratto d'assicurazione
 - 5.3.1. Disdetta
 - 5.3.2. Cessazione del contratto d'assicurazione
 - 5.3.3. Risoluzione da parte dell'assicuratore
 - 5.3.4. Rinuncia alla disdetta in occasione di un sinistro

6. Inizio, durata e fine della copertura assicurativa

- 6.1. Inizio della copertura assicurativa
- 6.2. Fine della copertura assicurativa
- 6.3. Passaggio nell'assicurazione individuale
 - 6.3.1. Diritto al passaggio
 - 6.3.2. Obbligo d'informazione del datore di lavoro
 - 6.3.3. Estensione della prorogazione dell'assicurazione
 - 6.3.4. Deduzione di prestazioni già percepite
 - 6.3.5. Preclusione del diritto al passaggio

7. Estensione delle prestazioni

- 7.1. Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata
- 7.2. Base di calcolo
 - 7.2.1. Principio
 - 7.2.2. Lavoratori dipendenti
 - 7.2.3. Persone con somma annua fissa
 - 7.2.4. Dirigenti aziendali
 - 7.2.5. Aumento della copertura assicurativa
- 7.3. Copertura massima

8. Prestazioni

- 8.1. Premesse di prestazione
 - 8.1.1. Malattia
 - 8.1.2. Infortunio
 - 8.1.3. Diritto all'indennità di maternità
 - 8.1.4. Incapacità lavorativa
 - 8.1.5. Certificato medico
- 8.2. Estensione delle prestazioni
 - 8.2.1. In generale
 - 8.2.2. Incapacità lavorativa parziale
 - 8.2.3. Copertura suppletiva
 - 8.2.4. Infortunio
 - 8.2.5. Sospensione delle prestazioni durante la maternità
 - 8.2.6. Indennità parto
- 8.3. Decorrenza delle prestazioni
- 8.4. Durata delle prestazioni
 - 8.4.1. Principio
 - 8.4.2. Deduzione del termine d'attesa
 - 8.4.3. Nuovo caso d'assicurazione
 - 8.4.4. Copertura scalare
 - 8.4.5. Durata delle prestazioni per il parto
 - 8.4.6. Età AVS
 - 8.4.7. Deduzione in occasione di un rilevamento contrattuale
- 8.5. Limitazione delle prestazioni
 - 8.5.1. Esclusione di prestazioni
 - 8.5.2. Limitazione delle prestazioni
 - 8.5.3. Obbligo di restituzione

9. Obbligo di cooperazione durante malattia o infortunio

- 9.1. Obblighi in caso di sinistro
- 9.2. Obbligo di contenimento del danno
- 9.3. Obbligo d'informazione
- 9.4. Violazione degli obblighi di cooperazione
- 9.5. Imposta alla fonte

10. Premi e pagamenti

- 10.1. Calcolo dei premi
- 10.2. Pagamento dei premi
 - 10.2.1. Fatturazioni e scadenze
 - 10.2.2. Conteggio definitivo
 - 10.2.3. Visione della contabilità salari
 - 10.2.4. Rimborso premi
 - 10.2.5. Ritardo nel pagamento
- 10.3. Liberazione dal pagamento dei premi durante un sinistro
- 10.4. Adeguamento dei premi
- 10.5. Partecipazione alle eccedenze
- 10.6. Corresponsione delle prestazioni
 - 10.6.1. Versamento delle indennità giornaliere
 - 10.6.2. Versamento dell'indennità parto
 - 10.6.3. Compensazione
 - 10.6.4. Costituzione in pegno e cessione
 - 10.6.5. Prescrizione

11. Prestazioni di terzi

- 11.1. Sussidiarietà
 - 11.1.1. In generale
 - 11.1.2. Concorrenza con altre assicurazioni
 - 11.1.3. Assicurazioni sociali
 - 11.1.4. Rinuncia alle prestazioni
- 11.2. Anticipo di prestazioni e rivalsa
- 11.3. Sovrindennizzo
 - 11.3.1. Lavoratori dipendenti
 - 11.3.2. Persone assicurate con somma annua fissa
 - 11.3.3. Indennità giornaliera presso altri assicuratori

12. Comunicazioni

13. Foro competente

14. Entrata in vigore

1. Basi dell'assicurazione

1.1. Scopo

L'assicurazione contro la perdita di guadagno per aziende si prefigge la copertura della perdita di guadagno subentrante a seguito di incapacità lavorativa dovuta a malattia.

Possono parimenti essere coperte le perdite di guadagno a seguito di infortunio o di gravidanza (indennità parto).

1.2. Garante assicurativo

ÖKK-Versicherungen AG, Landquart, (in seguito assicuratore) è garante per l'assicurazione.

La cassa malati menzionata nella polizza d'assicurazione è legittimata ad effettuare qualsiasi azione in nome e per conto di ÖKK-Versicherungen AG.

1.3. Basi del contratto

Valgono quali basi del contratto

- la richiesta d'assicurazione, incl. eventuali dichiarazioni sullo stato di salute
- la polizza assicurativa
- le condizioni speciali (CS) elencate nella polizza assicurativa
- le esistenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA)
- la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.

1.4. Polizza d'assicurazione

Nella polizza d'assicurazione sono ritenute le coperture assicurative concluse. Condizioni speciali o accordi che divergono o completano le condizioni generali d'assicurazione vengono parimenti menzionate nella polizza d'assicurazione.

1.5. Legge federale sul contratto d'assicurazione

Per quanto contratto d'assicurazione o CGA non prevedano regolamentazioni di natura diversa, trovano applicazione le normative della Legge federale su contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA).

1.6. Forma maschile e femminile

ÖKK riconosce apertamente la parità di diritti fra uomo e donna. È quindi sottinteso che la forma maschile utilizzata nelle presenti CGA vale parimenti per le persone di sesso femminile.

2. Persone assicurate

2.1. Contraente assicurativo

Il contraente assicurativo è l'azienda descritta nella polizza d'assicurazione con tutte le componenti aziendali che le appartengono, risp. la persona fisica stipulante il contratto.

2.2. Persone assicurate

2.2.1. Lavoratori dipendenti

Sono assicurati le persone fisiche o i gruppi di persone indicate nella polizza assicurativa

- soggetti ad imposizione AVS

- che non hanno ancora compiuto il 70esimo anno di età e che al momento del raggiungimento dell'età AVS erano già attivi presso il contraente assicurativo nonché completamente abili al lavoro.

I lavoratori frontalieri sono assicurati alle stesse condizioni.

2.2.2. Assicurazione sulla base di accordi speciali

Assicurabili unicamente sulla base di accordi speciali sono

- a) il personale ausiliario temporaneo (con contratto d'impiego ausiliario limitato ad un massimo di tre mesi),
- b) le persone occupate a tempo parziale o i salariati orari che ai sensi della LAINF non sono assicurati contro le conseguenze degli infortuni non professionali,
- c) i lavoratori e le lavoratrici a domicilio,
- d) le persone con domicilio all'estero che non sono né lavoratori frontalieri, né lavoratori inviati all'estero, né dimoranti temporanei.

2.2.3. Titolari aziendali e loro familiari

Per quanto ritenuti nominalmente nella polizza con somma d'assicurazione fissa, sono coassicurati

- a) il titolare aziendale,
- b) il o la coniuge, i figli o i genitori collaboranti nell'azienda che non figurano nella contabilità salari.

2.2.4. Persone non assicurate

Sono esclusi dall'assicurazione

- a) il personale che il contraente assicurativo prende in prestito da altre aziende,
- b) le persone che operano per l'azienda assicurata in virtù di un rapporto di commissione.

3. Validità territoriale

3.1. In generale

Fatta eccezione per i casi qui di seguito indicati, l'assicurazione vale in tutto il mondo.

3.2. Lavoratori inviati all'estero

Per i lavoratori inviati all'estero, l'assicurazione vale fino a 24 mesi, a contare dal momento della partenza per l'estero.

Su richiesta la copertura assicurativa può essere prorogata, a condizione che per le stesse persone sussista contemporaneamente una copertura secondo LAINF.

3.3. Soggiorno all'estero durante la malattia

Se una persona assicurata ammalata avente diritto a prestazioni si reca all'estero, per il periodo del soggiorno all'estero essa non ha diritto a prestazioni, se la cassa non ha preventivamente concesso il proprio benessere al soggiorno.

Questa limitazione non vale per i frontalieri durante la loro permanenza in Svizzera.

4. Varianti d'assicurazione

4.1. Copertura integrale

4.1.1. Principio

La copertura integrale è coordinata conformemente alla LPP e si prefigge l'assicurazione contro la perdita di guadagno senza riserve fino alla rendita LPP.

4.1.2. **Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti**
Con la copertura integrale vengono corrisposte pure prestazioni per malattie e conseguenze d'infortuni esistenti già prima dell'inizio della copertura assicurativa.

4.2. Copertura con dichiarazione sullo stato di salute

4.2.1. Principio

La copertura con dichiarazione sullo stato di salute si prefigge l'assicurazione della perdita di guadagno a seguito di malattia o delle conseguenze d'infortuni subentranti dopo l'inizio della copertura assicurativa.

4.2.2. Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti

Per malattie e conseguenze d'infortuni presenti già all'inizio della copertura assicurativa, la prestazione assicurata viene corrisposta per la durata di prestazioni prevista dalla copertura scalare.

Titolari aziendali ed i loro familiari non hanno nessun diritto alle prestazioni secondo copertura scalare.

La limitazione di copertura viene notificata dalla cassa alla persona assicurata in forma scritta. Essa ha validità dal momento dell'inizio della copertura assicurativa.

4.2.3. Annuncio

Il contraente assicurativo è tenuto ad annunciare per iscritto alla cassa ogni nuovo entrato nell'azienda.

4.2.4. Dichiarazione sullo stato di salute

Per stabilire l'esistenza di malattie o conseguenze d'infortuni preesistenti, al momento dell'entrata in azienda si effettua una verifica sullo stato di salute a mano di una dichiarazione firmata che la persona assicurata rilascia sul formulario fornito dalla cassa.

4.2.5. Obbligo d'informazione

La persona assicurata è tenuta a dichiarare alla cassa tutte le malattie e le conseguenze d'infortuni esistenti al momento dell'inizio della copertura assicurativa o precedentemente.

La cassa è legittimata a richiedere un certificato medico o a predisporre un controllo medico fiduciario. Essa può designare il medico e sopportare i rispettivi costi.

4.2.6. Obblighi del contraente assicurativo

Il contraente assicurativo è tenuto a fare in modo che la cassa ottenga tutte le necessarie indicazioni sulla persona assicurata.

Al momento dell'entrata nell'assicurazione, egli è tenuto ad informare la persona assicurata circa le possibili limitazioni di prestazioni per affezioni e conseguenze d'infortuni preesistenti.

4.3. Copertura scalare

4.3.1. Principio

La copertura scalare si prefigge la corresponsione senza riserve delle prestazioni d'indennità giornaliera in virtù dell'obbligo legale di continuazione della retribuzione del datore di lavoro, statuito dal Codice delle obbligazioni.

4.3.2. Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti

La copertura scalare prevede pure prestazioni per malattie e conseguenze d'infortuni esistenti già al momento dell'inizio della copertura assicurativa.

5. Inizio, durata e fine del contratto d'assicurazione

5.1. Inizio del contratto d'assicurazione

La decorrenza dell'assicurazione corrisponde alla data concordata e ritenuta nella polizza d'assicurazione.

La conclusione assicurativa è possibile in ogni momento, anche nel corso dell'anno.

5.2. Durata del contratto d'assicurazione

5.2.1. In generale

Il contratto assicurativo è concluso per la durata indicata nella polizza d'assicurazione. La durata contrattuale minima è di un anno civile.

5.2.2. Rinnovo del contratto d'assicurazione

Se non disdetto entro i termini contrattuali, alla scadenza della durata contrattuale concordata, il contratto si prolunga tacitamente di un ulteriore anno.

5.3. Fine del contratto d'assicurazione

5.3.1. Disdetta

Il contratto d'assicurazione può essere disdetto da entrambe le parti, per iscritto, alla fine dell'anno civile, rispettando un termine di disdetta di tre mesi. E' possibile procedere alla disdetta per la prima volta solo alla data di scadenza indicata sulla polizza assicurativa.

5.3.2. Cessazione del contratto d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione cessa con effetto immediato

- con l'interruzione dell'attività aziendale da parte del contraente assicurativo,
- in caso di trasferimento della sede aziendale all'estero,
- con l'apertura di una procedura fallimentare nei confronti del contraente assicurativo.

5.3.3. Risoluzione da parte dell'assicuratore

L'assicuratore non è vincolato al contratto e lo può pertanto risolvere

- in caso di premi arretrati secondo le disposizioni sulla morosità,
- se in occasione della conclusione del contratto d'assicurazione il contraente assicurativo non comunica correttamente o sottace considerevoli circostanze o fattori di rischio che conosceva o avrebbe dovuto conoscere, oppure se nel corso della durata del contratto d'assicurazione non notifica correttamente o sottace fatti che escluderebbero o ridurrebbero l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

5.3.4. Rinuncia alla disdetta in occasione di un sinistro

L'assicuratore rinuncia espressamente al proprio diritto legale di recedere dal contratto in occasione di un sinistro.

Resta riservata la disdetta alla scadenza contrattuale.

6. Inizio, durata e fine della copertura assicurativa

6.1. Inizio della copertura assicurativa

La copertura assicurativa decorre dal giorno in cui viene iniziata l'attività lavorativa presso il contraente assicurativo.

Per persone che all'inizio dell'assicurazione risp. nel giorno di accesso al lavoro non risultano completamente abili, la copertura assicurativa decorre solo dal giorno in cui l'attività lavorativa inizia in maniera effettiva.

Lavoratori dipendenti parzialmente invalidi o portatori di handicap che a causa dei loro pregiudizi alla salute possono esercitare solo un'attività a tempo parziale nell'azienda assicurata, devono essere

completamente abili al lavoro nell'occupazione a tempo parziale convenuta il giorno in cui iniziano la loro attività lavorativa.

Se, in virtù di accordi sul libero passaggio, gli assicurati hanno diritto a condizioni più favorevoli, queste sono preminenti.

6.2. Fine della copertura assicurativa

Per le persone assicurate, la copertura assicurativa termina

- a) al momento della fine del loro rapporto di lavoro presso il contraente assicurativo,
- b) con il pensionamento,
- c) in caso di continuazione dell'occupazione in età AVS, con il compimento del 70esimo anno di età,
- d) con il definitivo esaurimento del diritto alle prestazioni,
- e) in caso d'interruzione dell'attività lavorativa senza diritto a retribuzione.

La copertura assicurativa non termina durante le interruzioni dell'attività lavorativa a causa di malattia, infortunio o servizio nell'esercizio svizzero, nella protezione civile o nel servizio civile.

È concessa la possibilità di includere la copertura assicurativa per la malattia in occasione di un congedo non retribuito di durata inferiore ai 210 giorni.

Premessa per beneficiare della copertura assicurativa per le malattie che insorgono dopo il 30esimo giorno d'interruzione dell'attività lavorativa, è l'esistenza di un'assicurazione convenzionale secondo LAINF.

- f) in caso di decesso,
- g) con la fine del contratto assicurativo,
- h) durante la sospensione dell'obbligo di prestazioni a causa della morosità del contraente assicurativo.

6.3. Passaggio nell'assicurazione individuale

6.3.1. Diritto al passaggio

Ogni persona assicurata, residente in Svizzera, beneficia del diritto al passaggio nell'assicurazione individuale quando

- esce dalla cerchia delle persone assicurate in seno all'assicurazione collettiva,
- termina l'ottenimento di prestazioni, oppure
- il contratto assicurativo termina.

È necessario far valere il diritto di passaggio per iscritto entro 3 mesi dal ricevimento della comunicazione relativa al diritto di passaggio.

L'assicurazione individuale inizia il giorno dopo l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate, dopo la fine dell'ottenimento di prestazioni risp. dopo la cessazione del contratto assicurativo.

Sono determinanti le condizioni e tariffe dell'assicurazione individuale in vigore al momento del passaggio.

Restano riservate le disposizioni relative alla copertura suppletiva.

6.3.2. Obbligo d'informazione del datore di lavoro

Il contraente assicurativo deve informare tempestivamente e in forma scritta le persone assicurate uscenti in merito al loro diritto di passaggio ed ai termini per il passaggio nell'assicurazione individuale.

Se il contraente assicurativo non ottempera al suo obbligo d'informazione egli è tenuto a rifondere il danno che ne deriva.

6.3.3. Estensione della protrazione dell'assicurazione

La protrazione dell'assicurazione avviene di principio nell'estensione della precedente copertura assicurativa, a patto che questa corrisponda al nuovo reddito lucrativo.

Alle persone senza attività lucrativa è concessa la possibilità di assicurarsi fino all'ammontare della massima rendita AVS semplice.

Alle persone disoccupate ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione, viene concessa, indipendentemente dal loro stato di salute e con corrispondente adeguamento di premio, la possibilità di tramutare la loro assicurazione in una con termine d'attesa di 30 giorni.

A decorrere dall'inizio della disoccupazione, l'importo dell'indennità giornaliera assicurata viene ridotto all'ammontare dell'indennità di disoccupazione.

6.3.4. Deduzione di prestazioni già percepite

Prestazioni già percepite

- dalla presente assicurazione collettiva
- da precedenti garanti assicurativi

vengono dedotte dalla durata delle prestazioni dell'assicurazione individuale.

6.3.5. Preclusione del diritto al passaggio

Nessun diritto al passaggio sussiste

- a) in occasione di un cambio del posto di lavoro presso un nuovo datore di lavoro e rispettivo passaggio nella sua assicurazione contro la perdita di guadagno,
- b) quando il contraente assicurativo ha concluso un nuovo contratto assicurativo per la stessa cerchia di persone presso un altro assicuratore, e, in virtù degli accordi sul libero passaggio, questo nuovo assicuratore è tenuto a garantire la continuazione della copertura assicurativa,
- c) fino a quando le prestazioni sono corrisposte nell'ambito della copertura suppletiva,
- d) quando la persona assicurata viene pensionata, al più tardi tuttavia al momento del raggiungimento dell'età AVS,
- e) se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio all'estero,
- f) durante la copertura provvisoria.

7. Estensione delle prestazioni

7.1. Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata

L'ammontare dell'indennità giornaliera viene concordato tra contraente assicurativo e cassa.

7.2. Base di calcolo

7.2.1. Principio

L'indennità giornaliera si calcola come 365esima parte della perdita di guadagno assicurata media di un anno. L'indennità giornaliera calcolata viene corrisposta per ogni giorno di calendario.

7.2.2. Lavoratori dipendenti

La base di calcolo per i lavoratori dipendenti è fornita dal reddito lucrativo venuto a mancare a causa del caso assicurativo.

Quale reddito lucrativo venuto a mancare si considera l'ultimo salario soggetto AVS prima del sinistro percepito presso il contraente assicurativo, comprensivo delle quote salariali non ancora versate per le quali sussiste una pretesa legale.

Per le persone non assoggettate all'AVS, al posto del salario AVS si considera il salario lordo secondo le norme AVS.

I guadagni provenienti da altre attività non vengono considerati.

Se il guadagno è soggetto a forti oscillazioni (p. es. provvigioni, partecipazioni agli utili, attività ausiliarie irregolari, ecc.), per il calcolo dell'indennità giornaliera si considera il salario realizzato negli ultimi 12 mesi prima dell'inizio dell'inabilità lavorativa, diviso per 365. Se il periodo prima dell'incapacità lavorativa è inferiore a 12 mesi, il calcolo dell'indennità giornaliera si effettua in maniera analoga.

7.2.3. Persone con somma annua fissa

La base di calcolo per le persone ritenute nominalmente nella polizza d'assicurazione è fornita dalla somma d'assicurazione annua fissa, convenuta in anticipo.

7.2.4. Dirigenti aziendali

Ai dirigenti aziendali che in virtù di normative di legge sono parificati ai lavoratori dipendenti è concessa, su richiesta, la possibilità di assicurare una somma annua fissa.

7.2.5. Aumento della copertura assicurativa

Per l'aumento della somma annua fissa convenuta, è richiesta una dichiarazione sullo stato di salute.

Una eventuale limitazione risp. un rifiuto delle prestazioni concerne unicamente la parte interessata dall'aumento.

7.3. Copertura massima

L'ammontare massimo del salario assicurabile per persona ed anno civile è limitato a CHF 250'000.-.

8. Prestazioni

8.1. Premesse di prestazione

8.1.1. Malattia

Quale malattia si considera ogni limitazione alla salute fisica o psichica che non sia conseguenza di un infortunio, che richiede controllo o trattamento medico e causa incapacità lavorativa.

8.1.2. Infortunio

Si considera infortunio l'improvviso, non intenzionale influsso dannoso di uno straordinario fattore esterno sul corpo umano che provoca dei pregiudizi all'integrità fisica o psichica.

Anche senza influsso di uno straordinario fattore esterno e nella misura in cui non siano causate da affezioni o degenerazioni, le qui seguenti lesioni corporali, elencate in maniera esaustiva, sono parificate ad infortunio:

- a) fratture ossee
- b) lussazioni di articolazioni
- c) lacerazioni al menisco
- d) lacerazioni ai muscoli
- e) stramenti dei muscoli
- f) lacerazioni ai tendini
- g) lesioni dei legamenti
- h) lesioni del timpano.

Sono parificate agli infortuni le malattie professionali riconosciute come tali secondo LAINF.

I danni non causati da infortuni a oggetti applicati a seguito di una malattia, in sostituzione di una parte o di una funzione corporea, non vengono considerate lesioni corporali ai sensi del precedente capoverso.

8.1.3. Diritto all'indennità di maternità

Il diritto all'indennità parto insorge con il diritto all'indennità di maternità secondo la Legge federale sull'indennità per perdita di guadagno (LIPG).

8.1.4. Incapacità lavorativa

Incapacità lavorativa si riscontra allorché, a seguito di malattia, infortunio o parto, la persona assicurata è completamente o parzialmente incapace di svolgere la propria professione o un'altra attività lucrativa ragionevolmente esigibile.

L'incapacità lavorativa parziale sussiste allorché il grado d'inabilità al lavoro ammonta ad almeno il 25%.

8.1.5. Certificato medico

Le prestazioni d'indennità giornaliera presuppongono un'attestazione medica relativa all'incapacità lavorativa della persona assicurata.

Retrodatazioni di certificati medici e di annunci di malattia ed infortunio sono accettati fino ad un massimo di tre giorni.

8.2. Estensione delle prestazioni

8.2.1. In generale

Le prestazioni si conformano all'estensione di prestazioni convenuta ed alle presenti condizioni assicurative.

La totalità delle prestazioni d'indennità giornaliera corrisposte non può essere superiore al guadagno venuto a mancare alla persona assicurata a causa del caso d'assicurazione, risp. alla somma annua fissa concordata.

8.2.2. Incapacità lavorativa parziale

In caso d'incapacità lavorativa parziale, le prestazioni vengono corrisposte proporzionalmente al grado d'incapacità lavorativa.

8.2.3. Copertura suppletiva

Per le persone che al momento della fine del loro rapporto di lavoro sono completamente o parzialmente inabili al lavoro, il diritto alle prestazioni sussiste fino alla conclusione del caso di malattia che giustifica la copertura suppletiva, al massimo tuttavia fino alla scadenza della durata di prestazioni convenuta.

In caso di recidiva, non si ha diritto a ulteriori prestazioni.

La copertura suppletiva decade

- in caso di diritto al passaggio ad un altro assicuratore in occasione di un rilevamento di contratto,
- in caso di cambio dell'occupazione e passaggio nell'assicurazione contro la perdita di guadagno del nuovo datore di lavoro,
- in caso di cessazione del contratto d'assicurazione,
- quando la persona assicurata viene pensionata, al più tardi tuttavia al momento del raggiungimento dell'età AVS,
- per i lavoratori dipendenti esteri che trasferiscono il loro domicilio all'estero, eccezion fatta per la durata di una loro degenza ospedaliera all'estero. I lavoratori frontalieri non si considerano lavoratori dipendenti esteri,
- per i dimoranti temporanei, durante la stagione intermedia.

Venendo a decadere la copertura suppletiva, trovano applicazione le disposizioni relative al passaggio nell'assicurazione individuale.

8.2.4. Infortunio

Qualora anche il rischio d'infortunio fosse assicurato, le prestazioni vengono regolate in base all'estensione assicurativa concordata nella polizza.

Dovesse seguire l'inclusione degli infortuni a completamento dell'assicurazione contro infortuni obbligatoria ai sensi della

LAINF, le prestazioni di indennità giornaliera vengono corrisposte a condizione che l'assicuratore LAINF sia in obbligo di prestazione.

8.2.5. Sospensione delle prestazioni durante la maternità

Durante il diritto alle prestazioni di maternità secondo la legge sull'indennità per perdita di guadagno (LIPG) o all'indennità parto dalla presente assicurazione, l'obbligo di prestazione per malattia o infortunio è sospeso.

8.2.6. Indennità parto

L'indennità parto completa l'indennità di maternità secondo la legge sull'indennità per perdita di guadagno (LIPG).

Durante l'ottenimento dell'indennità di maternità, per un massimo tuttavia di 98 giorni, viene versata la differenza tra l'indennità di maternità e l'indennità parto assicurata.

Per altri 14 giorni viene in seguito versata l'indennità parto nell'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata.

L'indennità parto non viene corrisposta se il rapporto d'occupazione della persona assicurata presso il contraente assicurativo termina prima del parto.

8.3. Decorrenza delle prestazioni

Le prestazioni decorrono dopo la fine del termine d'attesa convenuto.

Il termine d'attesa inizia il giorno in cui, secondo attestazione medica, ha inizio l'inabilità lavorativa, al più presto però 3 giorni prima del primo trattamento medico. In assenza di accordi di tenore diverso, i termini d'attesa vengono calcolati di nuovo per ogni caso di malattia risp. d'infortunio.

8.4. Durata delle prestazioni

8.4.1. Principio

La durata delle prestazioni è indicata nella polizza d'assicurazione e - fatta eccezione per la copertura scalare - viene calcolata per singolo caso assicurativo.

Nel calcolo della durata delle prestazioni, i giorni d'incapacità lavorativa parziale vengono considerati per intero.

8.4.2. Deduzione del termine d'attesa

Il termine d'attesa convenuto viene dedotto dalla durata delle prestazioni. Quali giorni d'attesa si considerano quei giorni in cui sussiste un'incapacità lavorativa di almeno il 25%.

8.4.3. Nuovo caso d'assicurazione

La ricomparsa di una malattia o di postumi infortunistici (ricaduta) si considera nuovo caso assicurativo, quando dall'ultimo insorgere della stessa malattia o dello stesso postumo infortunistico, la persona assicurata è stata ininterrottamente abile al lavoro durante 12 mesi.

Determinante per questo è la quantità di lavoro al momento in cui si verifica un evento che dà diritto a prestazione.

8.4.4. Copertura scalare

Nella copertura scalare, la durata delle prestazioni si orienta all'obbligo di continuazione della retribuzione del datore di lavoro, secondo la durata del rapporto di lavoro nell'azienda assicurata. La qui seguente scala vale come base per le prestazioni:

Durata del rapporto di lavoro	durata delle prestazioni
da 3 fino a 12 mesi	3 settimane
fino a 3 anni	9 settimane
fino a 9 anni	13 settimane
fino a 15 anni	17 settimane
fino a 20 anni	22 settimane
fino a 25 anni	27 settimane
fino a 30 anni	31 settimane
oltre i 30 anni	36 settimane

Per i dimoranti temporanei che anno dopo anno ritornano a lavorare nell'azienda assicurata, la durata dell'occupazione si calcola tenendo conto dei mesi lavorativi complessivi nell'azienda.

8.4.5. Durata delle prestazioni per il parto

La durata delle prestazioni per il parto ammonta ad un massimo di 112 giorni.

L'indennità parto nell'ammontare della differenza tra indennità di maternità e indennità parto assicurata termina nel momento in cui l'attività lavorativa viene ripresa.

L'indennità parto per i 14 giorni supplementari nell'ammontare assicurato viene corrisposta, se il giorno del parto sussiste un diritto all'indennità di maternità secondo LIPG.

L'indennità parto viene corrisposta senza deduzione di termini d'attesa.

Le indennità giornaliere per il parto non vengono dedotte dalla durata massima delle prestazioni.

8.4.6. Età AVS

Persone assicurate che dopo aver raggiunto l'età AVS continuano a lavorare regolarmente alle dipendenze del contraente assicurativo, hanno diritto all'indennità giornaliera assicurata durante complessivamente 180 giorni, ma al massimo fino al compimento del loro 70esimo anno di età.

La stessa regolamentazione si applica anche al titolare aziendale ed ai suoi familiari collaboranti nell'azienda, non elencati nella contabilità salari (coniuge, figli, genitori).

8.4.7. Deduzione in occasione di un rilevamento contrattuale

In occasione di un rilevamento o di un rinnovo contrattuale, le prestazioni già percepite presso precedenti garanti assicurativi vengono dedotte dalla durata delle prestazioni.

8.5. Limitazione delle prestazioni

8.5.1. Esclusione di prestazioni

Nessun diritto alle prestazioni assicurative sussiste

- per le conseguenze di infortuni o malattie professionali coperte da un altro assicuratore,
- se l'attestazione relativa all'incapacità lavorativa è stata rilasciata da un medico o un chiropratico non riconosciuto dall'assicuratore,
- in occasione della partecipazione ad eventi bellici, a sommosse ed azioni simili, nonché in caso di servizio militare estero,
- per malattie e infortuni che si verificano a seguito della partecipazione attiva ad azioni sovversive, risse e altre attività violente,
- quando il grado d'incapacità lavorativa della persona assicurata ammonta a meno del 25%,
- se nonostante diffida il contraente assicurativo non provvede al pagamento entro la scadenza del termine di diffida,
- dopo la fine del contratto d'assicurazione,
- durante un congedo non retribuito,
- se in maniera intenzionale, la persona assicurata percepisce o tenta di percepire illecitamente delle prestazioni,
- quando il danno alla salute è stato cagionato in maniera intenzionale,
- per danni alla salute conseguenti a contaminazione da radiazioni nucleari,
- se durante l'incapacità lavorativa la persona assicurata lascia temporaneamente la Svizzera senza il consenso della cassa, fino al momento del suo rientro in Svizzera.

8.5.2. Limitazione delle prestazioni

Le prestazioni possono essere ridotte

- a) quando la malattia o le conseguenze d'infortuni sono solo in parte causa dell'incapacità lavorativa,
- b) quando i danni alla salute sono da ricondurre ad imprese rischiose, vale a dire quando la persona assicurata si espone a pericoli eccessivi senza aver adottato o potuto adottare adeguati provvedimenti per contenere i rischi entro limiti ragionevoli. Sono escluse le operazioni di soccorso a persone. Per impresa rischiosa ai sensi delle presenti disposizioni si considera in particolar modo la partecipazione a gare motociclistiche o anche soltanto ad un loro allenamento,
- c) quando la persona assicurata si oppone ripetutamente e in maniera grave a decisioni della cassa oppure non si attiene alle prescrizioni mediche,
- d) quando nonostante intimazione scritta i documenti necessari alla determinazione del diritto assicurativo non vengono presentati entro quattro settimane.

Prestazioni minime (durata di prestazioni secondo la copertura scalare) vengono corrisposte

- a) per le forze lavoro temporanee,
- b) durante un soggiorno all'estero non predisposto professionalmente. Le prestazioni complete vengono invece corrisposte in caso di degenza ospedaliera all'estero,
- c) per malattie ed infortuni subentrati a seguito di eventi bellici il cui insorgere è avvenuto oltre 14 giorni prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa,
- d) per le conseguenze di eventi sismici e altre catastrofi naturali,
- e) per affezioni epidemiche.

8.5.3. Obbligo di restituzione

Il contraente assicurativo è tenuto a restituire all'assicuratore qualsiasi prestazione percepita illecitamente.

9. Obbligo di cooperazione durante malattia o infortunio

9.1. Obblighi in caso di sinistro

Il contraente assicurativo è tenuto a notificare alla cassa entro cinque giorni per iscritto mediante annuncio di malattia qualsiasi incapacità lavorativa che potrebbe giustificare diritto a prestazioni, indicando se si tratta di malattia o infortunio.

In caso di termine d'attesa contrattuale superiore ai 21 giorni, l'incapacità lavorativa va notificata per iscritto alla cassa al più tardi 30 giorni dopo il suo subentrare mediante annuncio di malattia.

Il certificato medico va trasmesso alla cassa al più tardi dieci giorni dopo il subentrare dell'incapacità lavorativa e in caso di termine d'attesa superiore a 21 giorni, assieme all'annuncio di malattia.

In caso di omissione senza valida giustificazione, l'assicuratore corrisponde le prestazioni a partire dal giorno in cui riceve l'annuncio.

Riduzioni del grado d'incapacità lavorativa vanno immediatamente comunicate alla cassa.

L'annuncio deve avvenire in modo veritiero. Allorquando vengono rivendicate delle prestazioni, la persona assicurata risp. il contraente assicurativo è tenuto a fornire alla cassa tutte le indispensabili informazioni di natura medica ed amministrativa.

9.2. Obbligo di contenimento del danno

La persona assicurata è tenuta ad adottare tutti gli accorgimenti possibili per contenere le prestazioni ed in particolare per favorire la propria guarigione. Essa deve inoltre tralasciare tutto quanto la potrebbe inutilmente protrarre. Sono in particolar modo da rispettare tutte le prescrizioni rilasciate dal personale medico.

Il contraente assicurativo che nella sua professione solitamente esercitata rimane prevedibilmente totalmente o parzialmente inabile al lavoro, è obbligato a esercitare la sua attività in maniera efficace per l'eventuale periodo rimanente di abilità al lavoro.

A richiesta della cassa o del contraente assicurativo, la persona assicurata è tenuta a

- lasciarsi visitare da un secondo medico o dal medico di fiducia della cassa. I rispettivi costi vanno a carico dell'assicuratore.
- consultare un medico già a partire dal primo giorno d'inabilità al lavoro.

9.3. Obbligo d'informazione

In caso d'infortunio la persona assicurata, risp. il contraente assicurativo, è tenuta a mettere a disposizione della cassa tutte le necessarie informazioni sulla dinamica dell'infortunio, nonché su eventuali terzi coinvolti.

La persona assicurata svincola i medici curanti e le altre persone mediche dal segreto professionale nei confronti della cassa. La cassa è all'occorrenza legittimata a richiedere informazioni presso altri garanti assicurativi.

Il contraente assicurativo e la persona assicurata informano immediatamente la cassa in merito a qualsiasi prestazione ricevuta da terzi in caso di malattia, infortunio e invalidità. A richiesta i conteggi di questi terzi sono da inoltrare alla cassa.

Il contraente assicurativo è tenuto ad imporre l'obbligo d'informazione nei confronti della persona assicurata.

La cassa è legittimata a far verificare l'incapacità lavorativa e la perdita di guadagno scoperta, e ad adottare all'evenienza adeguate misure di controllo.

9.4. Violazione degli obblighi di cooperazione

Le prestazioni assicurative vengono provvisoriamente oppure permanentemente ridotte o sospese in casi gravi, se la persona assicurata risp. il contraente assicurativo viola gli obblighi delle presenti CGA in maniera non giustificabile.

9.5. Imposta alla fonte

Allorquando per la corresponsione alla persona assicurata, le prestazioni d'indennità giornaliera vengono versate al contraente assicurativo, conformemente alle disposizioni di legge, questi è garante del conteggio e del versamento dell'imposta alla fonte.

10. Premi e pagamenti

10.1. Calcolo dei premi

Determinante per il calcolo dei premi è la somma salariale lorda soggetta AVS raggiunta nell'azienda assicurata. Per persona ed anno civile può essere considerata al massimo la copertura contrattuale massima.

Parimenti determinanti per il calcolo dei premi sono i salari lordi delle persone non assoggettate all'AVS.

Nella misura in cui per le persone ritenute nominalmente nella polizza d'assicurazione sia stata convenuta una somma annua fissa, questa vale quale base di calcolo.

I tassi assicurativi di premio delle somme assicurate sono ritenuti nella polizza d'assicurazione.

10.2. Pagamento dei premi

10.2.1. Fatturazioni e scadenze

La fatturazione degli acconti da parte dell'assicuratore al contraente assicurativo può effettuarsi trimestralmente, semestralmente o annualmente.

I premi sono dovuti dal contraente assicurativo in anticipo, pagabili entro il termine di scadenza indicata nella polizza assicurativa.

L'ammontare delle fatture d'acconto è stabilito in virtù della somma salariale definitiva dell'anno civile precedente.

Quando il contraente assicurativo non ottempera al proprio obbligo di notifica attraverso la dichiarazione della somma salariale, oppure se non sono disponibili valori di riferimento per l'anno precedente, la cassa è legittimata a determinare i futuri importi delle fatture d'acconto mediante apprezzamento.

10.2.2. Conteggio definitivo

Verso la fine dell'anno civile, la cassa trasmette al contraente assicurativo un formulario per la dichiarazione. La dichiarazione della somma salariale compilata e la necessaria documentazione (dichiarazione AVS, elenchi del personale, conteggi salario, ecc.) vanno inoltrati dal contraente assicurativo alla cassa entro la fine del primo mese di calendario dell'anno civile successivo. Sulla base delle indicazioni ricevute, la cassa provvede ad allestire il corrispondente conteggio definitivo ed a stabilire i premi finali. Saldi inferiori ai CHF 10.- non vengono versati, risp. non sono da versare.

10.2.3. Visione della contabilità salari

La cassa è legittimata a visionare la contabilità salari del contraente assicurativo.

10.2.4. Rimborso premi

Qualora il premio fosse stato pagato in anticipo per un contratto di durata determinata e nel caso in cui il contratto assicurativo dovesse estinguersi per motivi legali o contrattuali prima della scadenza della durata contrattuale convenuta, l'assicuratore rimborsa il premio già corrisposto per il periodo di assicurazione del quale non si è usufruito risp. non richiede più il pagamento dei premi che giungerebbero a scadenza in seguito.

Il premio per il periodo assicurativo in corso dev'essere corrisposto, qualora il contraente assicurativo dovesse disdire il contratto in caso di sinistro e tale contratto risultasse al momento della conclusione essere in vigore da meno di un anno.

10.2.5. Ritardo nel pagamento

Se il contraente assicurativo non ottempera al proprio obbligo di pagamento dei premi dopo proroga di 30 giorni, la cassa gli trasmette un sollecito di pagamento scritto e lo richiama al pagamento dei premi scoperti entro un termine di 14 giorni. Il sollecito di pagamento rende attento il contraente assicurativo alle conseguenze dell'inadempienza dell'obbligo di pagamento.

Se nonostante il sollecito, il pagamento non avviene prima della scadenza del termine di diffida, l'obbligo di prestazione viene sospeso dopo la scadenza del termine di diffida fino al momento

del completo pagamento di tutti i premi scoperti, degli interessi moratori e delle spese amministrative. Per le perdite di guadagno durante la sospensione dell'obbligo di prestazione, il diritto alle prestazioni non sussiste neanche dopo il successivo pagamento dei premi arretrati.

Se il premio d'acconto risp. il premio finale secondo conteggio definitivo non viene riscosso legalmente entro due mesi dopo la scadenza del termine di diffida, il contratto d'assicurazione si estingue.

10.3. Liberazione dal pagamento dei premi durante un sinistro

Fintanto che il rapporto di lavoro con l'azienda assicurata è in vigore, risp. fino a quando vengono apportate delle prestazioni nell'ambito della copertura suppletiva, l'obbligo dei pagamenti dei premi decade nella misura delle prestazioni corrisposte dal presente contratto.

Escluse da questa regolamentazione sono le persone assicurate, ritenute nella polizza d'assicurazione con somma annua fissa.

10.4. Adeguamento dei premi

Può essere effettuato un adeguamento dei premi in base all'andamento dei sinistri, se le prestazioni (inclusi gli accantonamenti) superano durante il periodo di osservazione il 75% dei premi. Quali periodi di osservazione valgono l'anno in corso e almeno 2 anni civili precedenti.

Gli adeguamenti di premio sono comunicati al contraente assicurativo al più tardi 30 giorni prima della scadenza di un anno civile. Entro 30 giorni dalla comunicazione, il contraente assicurativo ha la facoltà di recedere dal contratto d'assicurazione con effetto al momento dell'entrata in vigore. In assenza di disdetta, l'adeguamento dei premi si ritiene accettato.

10.5. Partecipazione alle eccedenze

La partecipazione alle eccedenze può essere pattuita.

Allorquando una partecipazione alle eccedenze è stata pattuita, dopo tre anni d'assicurazione completi (= periodo di conteggio), il contraente assicurativo partecipa ad una eventuale eccedenza realizzata nel contratto.

Le eccedenze vengono calcolate deducendo le prestazioni assicurative corrisposte dalla quota di premio determinante, relativa al periodo di conteggio. La quota di premio determinante e il sistema di partecipazione alle eccedenze sono indicati nella polizza d'assicurazione.

Il conteggio viene allestito appena i premi relativi al periodo di conteggio sono stati versati ed i rispettivi casi di prestazioni conclusi. Le perdite non vengono riportate nel periodo di conteggio successivo.

Se a conteggio avvenuto vengono notificati casi di malattia e conseguenze d'infortunio supplementari o effettuati ulteriori pagamenti che rientrano nel periodo di conteggio appena concluso, si procede all'allestimento di un nuovo conteggio di partecipazione alle eccedenze. L'assicuratore, risp. la cassa è legittimata a richiedere il rimborso delle quote alle eccedenze già versate.

Il diritto alla partecipazione alle eccedenze si estingue se il contratto d'assicurazione viene risolto prima della fine del periodo di conteggio.

10.6. Corresponsione delle prestazioni

10.6.1. Versamento delle indennità giornaliera

L'indennità giornaliera viene versata sulla base del certificato medico, non appena la capacità lavorativa è riacquisita. Se l'incapacità al lavoro dura più di un mese, l'indennità giornaliera viene pagata mensilmente in modo posticipato.

Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono corrisposte al contraente assicurativo per essere riversate alla persona assicurata, fintanto che questa è occupata nell'azienda assicurata.

10.6.2. Versamento dell'indennità parto

L'indennità parto viene corrisposta al contraente assicurativo, viene corrisposta al datore di lavoro dopo il parto, una volta accertata la corresponsione di prestazioni secondo LIPG.

10.6.3. Compensazione

L'assicuratore è legittimato a compensare prestazioni scadute con crediti vantati nei confronti del contraente assicurativo.

10.6.4. Costituzione in pegno e cessione

Crediti nei confronti dell'assicuratore non possono essere né costituiti in pegno, né ceduti senza il consenso dell'assicuratore.

10.6.5. Prescrizione

Il diritto alle prestazioni del contraente assicurativo nei confronti dell'assicuratore prescrive entro due anni dal subentrare della circostanza che ha giustificato l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

11. Prestazioni di terzi

11.1. Sussidiarietà

11.1.1. In generale

Allorquando per un caso di malattia o infortunio, il caso compete per legge, contratto o colpa ad un terzo, la cassa completa le prestazioni in maniera sussidiaria fino all'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata.

Nessun obbligo di prestazioni sussiste secondo le presenti CGA per l'ammontare del diritto alle prestazioni nei confronti di terzi.

11.1.2. Concorrenza con altre assicurazioni

Allorquando sono in obbligo di prestazione più assicuratori, si calcola quanto ognuno di essi dovrebbe pagare, se l'obbligo di prestazione competesse esclusivamente a lui. Ciò vale anche se l'obbligo di prestazione degli altri assicuratori sussiste soltanto in modo sussidiario. La prestazione da corrispondere secondo le presenti CGA si limita alla quota della somma d'assicurazione complessiva che corrisponde alla copertura sottoscritta.

11.1.3. Assicurazioni sociali

Se l'obbligo di prestazione compete ad assicurazioni sociali, le prestazioni d'indennità giornaliera vengono ridotte dell'importo delle prestazioni delle assicurazioni sociali. Il diritto alle prestazioni va rivendicato presso la rispettiva assicurazione sociale.

La persona assicurata è tenuta a cedere all'assicuratore eventuali diritti a pagamenti suppletivi dell'assicurazione sociale (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, assegni familiari nell'agricoltura ecc.), nella misura in cui egli abbia anticipato le prestazioni dall'assicurazione.

11.1.4. Rinuncia alle prestazioni

Allorquando senza il consenso dell'assicuratore, le persone assicurate rinunciano del tutto o in parte alle prestazioni di terzi, l'obbligo di prestazione secondo le presenti CGA viene meno. Quale

rinuncia si considera anche la capitalizzazione del diritto alle prestazioni.

11.2. Anticipo di prestazioni e rivalsa

Nel rapporto verso terzi, eccezion fatta per le assicurazioni sociali, l'assicuratore può anticipare le prestazioni. Condizione per poterlo fare, è che la persona assicurata abbia, in ogni maniera da lei ragionevolmente esigibile, tentato di rivendicare senza successo i propri diritti, e che ceda all'assicuratore i diritti nei confronti di terzi, nella misura delle prestazioni corrisposte dall'assicuratore.

11.3. Sovrindennizzo

11.3.1. Lavoratori dipendenti

Tenendo conto anche delle prestazioni di terzi, dalle prestazioni secondo le presenti CGA, non può risultare alle persone assicurate, risp. al contraente assicurativo un guadagno. In caso di sovrassicurazione, le prestazioni vengono ridotte in maniera corrispondente. Prestazioni corrisposte in eccesso sono da restituire.

Per il calcolo della durata di prestazione e del termine d'attesa, i giorni con prestazioni parziali a causa di riduzioni giustificate del diritto a prestazioni di terzi, vengono considerati come giorni interi.

11.3.2. Persone assicurate con somma annua fissa

L'estensione delle prestazioni corrisponde all'ammontare dell'indennità giornaliera contrattuale. Le disposizioni relative alla sovrassicurazione non trovano applicazione. Non vengono per contro assunte prestazioni che vanno a carico di assicurazioni sociali (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, assegni familiari nell'agricoltura ecc.).

11.3.3. Indennità giornaliera presso altri assicuratori

Il contraente assicurativo è tenuto a comunicare immediatamente alla cassa eventuali assicurazioni d'indennità giornaliera esistenti o appena concluse presso altri assicuratori.

12. Comunicazioni

Comunicazioni della cassa o dell'assicuratore alla persona assicurata o al contraente assicurativo, avvengono in maniera legalmente valida, in forma scritta.

Modifiche rilevanti per l'assicurazione, in particolar modo concernenti mutazioni della composizione della cerchia delle persone assicurate, delle normative del CCL o delle disposizioni LPP, vanno comunicate alla cassa in forma scritta entro 30 giorni.

13. Foro competente

Per qualsiasi controversia derivante dal presente contratto d'assicurazione, le persone hanno la facoltà di appellarsi al tribunale competente presso il domicilio svizzero, sul luogo di lavoro in Svizzera, o presso la sede commerciale della cassa.

14. Entrata in vigore

Le presenti condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione contro la perdita di guadagno per aziende (LCA) entrano in vigore il 1. gennaio 2007. Esse sostituiscono tutte le condizioni assicurative emesse in precedenza.