

ÖKK Assicurazione contro la perdita di guadagno (LCA)

Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Edizione 2011

The logo for ÖKK, featuring the letters 'Ö', 'K', and 'K' in a bold, serif font. The 'Ö' is a dark red color, while the 'K's are a lighter red. The logo is set against a white rectangular background.

ÖKK ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO (LCA)

Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Edizione 2011

Indice

1. Basi dell'assicurazione

- 1.1. Scopo
- 1.2. Ente assicuratore
- 1.3. Basi del contratto
- 1.4. Polizza di assicurazione
- 1.5. Legge federale sul contratto di assicurazione

2. Persone assicurate

- 2.1. Contraente
- 2.2. Persone assicurate
 - 2.2.1. Lavoratori dipendenti
 - 2.2.2. Assicurazione sulla base di accordi particolari
 - 2.2.3. Titolari d'azienda 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 di 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. Dichiarazione sullo stato di salute
- 4.2.4. Obbligo d'informazione
- 4.2.5. Obblighi del contraente
- 4.3. Copertura scalare
 - 4.3.1. Principio
 - 4.3.2. Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti

5. Inizio, durata e fine del contratto di assicurazione

- 5.1. Inizio del contratto di assicurazione
- 5.2. Durata del contratto di assicurazione
 - 5.2.1. In generale
 - 5.2.2. Rinnovo del contratto di assicurazione
- 5.3. Fine del contratto di assicurazione
 - 5.3.1. Disdetta
 - 5.3.2. Estinzione del contratto di 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 all'assicurazione individuale
 - 6.3.1. Diritto al passaggio
 - 6.3.2. Obbligo d'informazione del datore di lavoro
 - 6.3.3. Estensione dell'assicurazione continuata
 - 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. Reddito irregolare
 - 7.2.4. Persone con salario annuo fisso
 - 7.2.5. Dirigenti d'azienda
 - 7.2.6. Aumento della copertura assicurativa
- 7.3. Copertura massima

8. Prestazioni

- 8.1. Condizioni per le prestazioni
 - 8.1.1. Malattia
 - 8.1.2. Infortunio
 - 8.1.3. Incapacità lavorativa
 - 8.1.4. Certificato medico
- 8.2. Estensione delle prestazioni
 - 8.2.1. In generale
 - 8.2.2. Incapacità lavorativa parziale
 - 8.2.3. Prestazione supplementare
 - 8.2.4. Infortunio
 - 8.2.5. Assegni famigliari
 - 8.2.6. Sospensione delle prestazioni durante la maternità
 - 8.2.7. Indennità parto
 - 8.2.8. Indennità di paternità
- 8.3. Decorrenza delle prestazioni
- 8.4. Durata delle prestazioni
 - 8.4.1. Principio
 - 8.4.2. Deduzione del periodo di carenza
 - 8.4.3. Nuovo sinistro
 - 8.4.4. Copertura scalare
 - 8.4.5. Assegni famigliari
 - 8.4.6. Durata delle prestazioni per il parto
 - 8.4.7. Indennità di paternità
 - 8.4.8. Assicurazione del godimento postumo del salario
 - 8.4.9. Età AVS
 - 8.4.10. Deduzione in caso di rilevamento contrattuale
- 8.5. Limitazione delle prestazioni
 - 8.5.1. Rifiuto della prestazione
 - 8.5.2. Limitazioni delle prestazioni
 - 8.5.3. Negligenza grave
 - 8.5.4. 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
 - 10.1.1. Principio
 - 10.1.2. Tariffazione empirica
 - 10.1.3. Tariffazione per classi tariffarie
- 10.2. Somma salariale determinante
- 10.3. Pagamento dei premi
 - 10.3.1. Fatturazione e scadenze
 - 10.3.2. Computo finale
 - 10.3.3. Visura della Fatturazione contabilità salariale

- 10.3.4. Rimborso premi
- 10.3.5. Ritardo nel pagamento
- 10.4. Esonero dal pagamento dei premi in caso di sinistro
- 10.5. Adeguamento dei premi
- 10.6. Partecipazione alle eccedenze
- 10.7. Corresponsione delle prestazioni
 - 10.7.1. Versamento delle indennità giornaliere per malattia e infortunio
 - 10.7.2. Versamento dell'indennità parto
 - 10.7.3. Versamento dell'indennità di paternità
 - 10.7.4. Compensazione
 - 10.7.5. Costituzione in pegno e cessione
 - 10.7.6. Prescrizione

11. Prestazioni di terzi

- 11.1. Coordinamento
 - 11.1.1. In generale
 - 11.1.2. Assicurazione cumulativa
 - 11.1.3. Assicurazioni sociali
 - 11.1.4. Rinuncia alle prestazioni
- 11.2. Anticipo di prestazioni e rivalsa
- 11.3. Sovraindennizzo
 - 11.3.1. Lavoratori dipendenti
 - 11.3.2. Persone assicurate con salario annuo fisso
 - 11.3.3. Indennità giornaliera presso altri assicuratori

12. Protezione dei dati

- 12.1. Principio
- 12.2. Scopo del trattamento
- 12.3. Trasmissione dei dati a terzi per il trattamento
- 12.4. Conservazione dei dati

13. Comunicazioni

14. Foro competente

Dove le presenti CGA non utilizzano espressamente la forma femminile, la forma maschile vale anche per le persone di sesso femminile.

1. Basi dell'assicurazione

1.1. Scopo

L'assicurazione contro la perdita di guadagno ÖKK si prefigge la copertura della perdita di guadagno causata da incapacità lavorativa a seguito di malattia.

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

1.2. Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nel seguito assicuratore).

L'assicuratore menzionato nella polizza di assicurazione è autorizzato a effettuare tutte le operazioni in nome e per conto di ÖKK Versicherungen AG.

1.3. Basi del contratto

Valgono quali basi del contratto:

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

1.4. Polizza di assicurazione

Nella polizza di assicurazione sono annotate le coperture assicurative definite contrattualmente.

CS o accordi che divergono o completano le CGA sono parimenti menzionate nella polizza di assicurazione.

1.5. Legge federale sul contratto di assicurazione

Per quanto il contratto di assicurazione o le CGA non prevedano regolamentazioni di natura diversa, si applicano le disposizioni della LCA.

2. Persone assicurate

2.1. Contraente

Contraente dell'assicurazione è l'azienda descritta nella polizza di assicurazione con tutte le componenti aziendali che le appartengono.

2.2. Persone assicurate

2.2.1. Lavoratori dipendenti

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

- se tra loro e il contraente dell'assicurazione sussiste un rapporto di lavoro o di formazione.
- che sono soggette a imposizione AVS o lo sarebbero all'età corrispondente o al momento del raggiungimento dell'età AVS ordinaria sono pienamente abili al lavoro e continuano a essere occupate presso l'azienda assicurata.
- che non hanno ancora compiuto il 70° anno di età, fatto salvo quando disposto all'articolo 2.2.4. lit. c.).

I lavoratori frontalieri sono in linea di principio equiparati alle persone domiciliate in Svizzera

2.2.2. Assicurazione sulla base di accordi particolari

Sono assicurabili unicamente sulla base di accordi particolari

- a) i lavoratori ausiliari temporanei, se il loro contratto di lavoro è limitato a un massimo di tre mesi;
- b) le persone occupate a tempo parziale o con salario orario che non sono assicurate contro le conseguenze degli infortuni non professionali ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF);
- c) i lavoratori a domicilio;
- d) le persone con domicilio all'estero che non sono né lavoratori frontalieri, né lavoratori inviati all'estero, né dimoranti temporanei.
- e) i lavoratori impiegati in Svizzera che in virtù dell'accordo tra Svizzera e UE o AELS non sono soggetti alle assicurazioni sociali svizzere.

2.2.3. Titolari d'azienda e loro famigliari

Per quanto indicati nominalmente nella polizza con salario annuo fisso, sono coassicurati

- a) il titolare dell'azienda;
- b) il coniuge, i figli o i genitori collaboranti nell'azienda ma che non figurano nella contabilità dei salari.

2.2.4. Persone non assicurate

Sono esclusi dall'assicurazione

- a) il personale che il contraente prende in affitto da aziende terze,
- b) le persone che operano per l'azienda assicurata in virtù di un rapporto di commissione.
- c) le persone che al loro ingresso nell'azienda hanno raggiunto l'età AVS ordinaria.

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 ai sensi della 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 l'assicuratore non ha preventivamente concesso il proprio benessere al soggiorno.

Per i frontalieri lo Stato di residenza e la Svizzera sono considerati territorio nazionale.

4. Varianti di assicurazione

4.1. Copertura integrale

4.1.1. Principio

La copertura integrale è coordinata secondo la LPP con lo scopo di una assicurazione contro la perdita di guadagno senza clausole restrittive fino alla rendita LPP.

4.1.2. **Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti**
Con la copertura integrale si corrispondono anche 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 ha lo scopo di una assicurazione contro la 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 delle prestazioni prevista dalla copertura scalare. I titolari d'azienda e i loro famigliari non hanno alcun diritto alle prestazioni secondo copertura scalare. La limitazione della copertura è comunicata per iscritto dall'assicuratore alla persona assicurata ed ha validità dal momento dell'inizio della copertura assicurativa.

4.2.3. Dichiarazione sullo stato di salute

Per stabilire la presenza di malattie o conseguenze d'infortuni preesistenti, al momento dell'entrata in azienda si effettua una valutazione dello stato di salute sulla base di una dichiarazione che la persona assicurata rilascia sul modulo fornito dall'assicuratore.

4.2.4. Obbligo d'informazione

La persona assicurata è tenuta a dichiarare all'assicuratore tutte le malattie e le conseguenze d'infortuni esistenti al momento dell'inizio della copertura assicurativa o precedentemente. L'assicuratore può richiedere un certificato medico o predisporre un controllo da parte del medico di fiducia. Può designare il medico e ne sostiene costi.

4.2.5. Obblighi del contraente

Il contraente dell'assicurazione è tenuto a fare in modo che l'assicuratore ottenga tutte le necessarie indicazioni sulla persona assicurata. Al momento dell'entrata nell'assicurazione, ha l'obbligo di informare la persona assicurata circa le possibili riduzioni delle prestazioni per malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti.

4.3. Copertura scalare

4.3.1. Principio

Scopo della copertura scalare è la prestazione di indennità giornaliera senza clausole restrittive, in virtù dell'obbligo del datore di lavoro di continuare a pagare la retribuzione previsto per legge secondo il Codice delle obbligazioni (CO).

4.3.2. Malattie e conseguenze d'infortuni preesistenti

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

5. Inizio, durata e fine del contratto di assicurazione

5.1. Inizio del contratto di assicurazione

La decorrenza dell'assicurazione corrisponde alla data concordata nella polizza di assicurazione.

L'assicurazione può essere stipulata in qualsiasi momento, anche nel corso dell'anno.

5.2. Durata del contratto di assicurazione

5.2.1. In generale

Il contratto di assicurazione è stipulato per la durata indicata nella polizza. La durata contrattuale minima è di un anno civile.

5.2.2. Rinnovo del contratto di assicurazione

Se non disdetto entro il termine convenuto, allo scadere della durata concordata, il contratto è tacitamente rinnovato per un altro anno.

5.3. Fine del contratto di assicurazione

5.3.1. Disdetta

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

La disdetta è valida solo se comunicata per iscritto e nei termini previsti, cioè entro e non oltre l'ultimo giorno lavorativo precedente il termine di preavviso di tre mesi.

Se il contratto non è disdetto, si rinnova automaticamente di anno in anno.

5.3.2. Estinzione del contratto di assicurazione

Il contratto di assicurazione si estingue con effetto immediato

- a) se il contraente cessa la propria attività economica;
- b) se la sede dell'azienda è trasferita all'estero;
- c) se viene aperta una procedura fallimentare nei confronti del contraente, a meno che il curatore fallimentare o terzi continuino a pagare i premi di assicurazione.

5.3.3. Risoluzione da parte dell'assicuratore

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

- a) in caso di premi arretrati secondo le disposizioni sull'inadempienza;
- b) se alla stipula del contratto di assicurazione il contraente non comunica correttamente o sottace considerevoli circostanze o fattori di rischio che conosceva o avrebbe dovuto conoscere, oppure
- c) se nel corso della durata del contratto di 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.

6. Inizio, durata e fine della copertura assicurativa

6.1. Inizio della copertura assicurativa

La copertura assicurativa decorre dal giorno in cui inizia l'attività lavorativa presso il contraente dell'assicurazione.

Per le persone che all'inizio dell'assicurazione o nel giorno di inizio del 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, i quali 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.

6.2. Fine della copertura assicurativa

Per la persona assicurata la copertura assicurativa termina

- a) alla fine del rapporto di lavoro presso il contraente;
- b) con il pensionamento;
- c) in caso di continuazione dell'occupazione in età AVS, con il compimento del 70° anno di età;
- d) con il definitivo esaurimento del diritto a prestazioni;
- e) in caso d'interruzione dell'attività lavorativa senza diritto a retribuzione.

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

Se non concordato diversamente, l'erogazione della prestazione inizia al più presto il giorno della ripresa dell'attività lavorativa. I giorni di inabilità lavorativa registrati durante il congedo non pagato saranno aggiunti al periodo d'attesa e alla durata delle prestazioni.

- f) in caso di decesso;
- g) con la fine del contratto di assicurazione.

6.3. Passaggio all'assicurazione individuale

6.3.1. Diritto al passaggio

Ogni persona assicurata residente in Svizzera, può passare nell'assicurazione individuale senza valutazione dello stato di salute quando

- esce dal gruppo di persone assicurate nell'assicurazione collettiva,
- termina la riscossione di prestazioni, oppure
- termina il contratto di assicurazione.

Per i lavoratori frontalieri l'assicuratore decide in merito alla richiesta di passaggio all'assicurazione individuale. L'assicuratore può rifiutare la richiesta senza indicarne i motivi. E' necessario far valere per iscritto il diritto al passaggio entro 90 giorni dal ricevimento della comunicazione del datore di lavoro relativa al diritto di passaggio.

Il termine inizia con l'uscita dall'assicurazione collettiva, comunque non oltre il ricevimento della comunicazione scritta che segnala il diritto al passaggio. Se la persona assicurata riceve una prestazione supplementare (art. 8.2.3.), il termine inizia alla fine dell'obbligo alla prestazione. In questo caso la comunicazione ha luogo ad opera dell'assicuratore.

L'assicurazione individuale inizia il giorno dopo l'uscita dal gruppo di persone assicurate, alla fine della riscossione di prestazioni ovvero alla fine del contratto assicurativo.

Si applicano le condizioni e tariffe dell'assicurazione individuale in vigore al momento del passaggio, comprese le disposizioni sull'indennità giornaliera massima assicurata.

Restano riservate le disposizioni relative alla prestazione supplementare.

6.3.2. Obbligo d'informazione del datore di lavoro

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

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

6.3.3. Estensione dell'assicurazione continuata

L'assicurazione continuata avviene di principio nell'estensione della precedente copertura assicurativa, tuttavia al massimo per l'ammontare del nuovo reddito da lavoro.

Viene assicurato un reddito massimo di CHF 250'000 l'anno.

Le persone senza attività lucrativa possono assicurarsi fino all'ammontare della massima rendita semplice AVS.

Le persone disoccupate ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione (LADI) possono tramutare la loro assicurazione in una assicurazione continua con carenza di 30 giorni, indipendentemente dal loro stato di salute e con corrispondente adeguamento del premio.

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 enti assicuratori
- 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 ha stipulato un nuovo contratto assicurativo per lo stesso gruppo di persone presso un altro assicuratore, e questi, in virtù degli accordi sul libero passaggio, è tenuto a garantire la continuazione della copertura assicurativa;
- c) fino a quando le prestazioni sono corrisposte nell'ambito della prestazione supplementare;
- d) quando la persona assicurata è pensionata, comunque non oltre il 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 è concordato tra il contraente e l'assicuratore.

7.2. Base di calcolo

7.2.1. Principio

L'indennità giornaliera si calcola come 365a 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

Per i lavoratori dipendenti la base di calcolo è data dal reddito da lavoro dipendente venuto a meno a causa del caso assicurativo. Quale reddito da lavoro dipendente venuto meno si considera l'ultimo salario soggetto AVS percepito presso il contraente prima del sinistro, comprensivo delle quote salariali non ancora versate per le quali sussiste un diritto legale. Quote esenti da imposte fiscali o AVS per persone in età AVS non influiscono sull'ammontare della base di calcolo.

Assegni famigliari, erogati al lavoratore come assegni per i figli o per la formazione secondo le disposizioni della Legge sugli assegni famigliari (LAFam), sono considerati reddito da lavoro dipendente venuto meno e sono coassicurati sussidiariamente. Per i lavoratori non assoggettati all'AVS, al posto del salario AVS si considera il salario lordo concordato secondo le norme AVS. I guadagni provenienti da altre attività non vengono considerati.

7.2.3. Reddito irregolare

Se l'ammontare del reddito è soggetto a forti oscillazioni, si considera il salario degli ultimi 12 mesi calcolati per intero prima dell'inizio dell'inabilità lavorativa.

Se l'occupazione è stata inferiore a 12 mesi, ci si basa sul salario medio dall'inizio dell'occupazione stessa.

7.2.4. Persone con salario annuo fisso

La base di calcolo per le persone indicate nominalmente nella polizza di assicurazione è data dal salario annuo fisso preventivamente convenuto.

7.2.5. Dirigenti d'azienda

I dirigenti d'azienda che in virtù di normative di legge sono parificati ai lavoratori dipendenti possono, su richiesta, assicurare un salario annuo fisso.

7.2.6. Aumento della copertura assicurativa

In caso richiesta di aumento del salario annuo fisso convenuto, è richiesta una dichiarazione sullo stato di salute.

Un'eventuale limitazione della prestazione ovvero rifiuto della richiesta concerne unicamente la parte di assicurazione interessata dall'aumento.

7.3. Copertura massima

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

8. Prestazioni

8.1. Condizioni per le prestazioni

8.1.1. Malattia

Si considera malattia qualsiasi pregiudizio della salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o trattamento medico o provochi un'inabilità al lavoro.

8.1.2. Infortunio

Si considera infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica, mentale o psichica. Sono parificate agli infortuni le lesioni fisiche e le malattie professionali simili a infortuni, riconosciute come tali secondo LAINF.

8.1.3. Incapacità lavorativa

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

È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente accettabile nella professione o nel campo d'attività abituale.

Se l'incapacità al lavoro dura più di 30 giorni, possono essere prese in considerazione anche le mansioni accettabili di un'altra professione o campo di attività.

L'incapacità lavorativa parziale sussiste quando il grado d'inabilità al lavoro è pari al 25% almeno.

8.1.4. Certificato medico

Le prestazioni d'indennità giornaliera presuppongono un'attestazione medica relativa all'incapacità lavorativa della persona assicurata. Il certificato deve essere emesso da un medico o chiropratico riconosciuto dall'assicuratore.

I certificati medici e le notifiche di malattia o infortunio possono essere retrodatati di tre giorni al massimo.

8.2. Estensione delle prestazioni

8.2.1. In generale

Le prestazioni si conformano alla copertura assicurativa convenuta ed alle presenti condizioni di assicurazione.

La totalità delle prestazioni d'indennità giornaliera corrisposte non può essere superiore al guadagno venuto meno alla persona assicurata a causa del sinistro, ovvero al salario annuo fisso concordato.

8.2.2. Incapacità lavorativa parziale

In caso di incapacità lavorativa parziale le prestazioni sono erogate secondo il grado di incapacità.

8.2.3. Prestazione supplementare

Per 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 prestazione supplementare, tuttavia non oltre la scadenza della durata di prestazioni convenuta.

Le ricadute non danno diritto a ulteriori prestazioni.

La prestazione supplementare 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;
- quando la persona assicurata viene pensionata, tuttavia non oltre il raggiungimento dell'età AVS;
- per i lavoratori dipendenti esteri che trasferiscono il loro domicilio all'estero (i lavoratori frontalieri non sono considerati lavoratori dipendenti esteri);
- se il contratto di lavoro è stato disdetto durante il periodo di prova,
- se si è trattato di un rapporto di lavoro a tempo determinato della durata di tre mesi o inferiore.

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

8.2.4. Infortunio

Qualora anche il rischio d'infortunio fosse assicurato, le prestazioni si calcolano in base alla copertura assicurativa concordata nella polizza.

Dovesse seguire l'inclusione degli infortuni a completamento dell'assicurazione 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. Assegni famigliari

In via sussidiaria sussiste il diritto a percepire assegni per i figli e per la formazione, che vengono corrisposti dalle casse per gli assegni familiari al lavoratore secondo le disposizioni della Legge sugli assegni familiari (LAFam).

In caso di mancato pagamento degli assegni per i figli e per la formazione da parte della cassa per gli assegni famigliari a seguito di impedimento al lavoro dovuto a malattia, infortunio o gravidanza, questi saranno considerati nella prestazione di indennità giornaliera per l'ammontare assicurato (in % del salario assicurato), a condizione che si tratti di un evento assicurato.

Il contraente, o rispettivamente la persona assicurata, deve provvedere a far valere il diritto per iscritto presso l'assicuratore, fornendo la prova che gli assegni per i figli e per la formazione da parte della cassa per gli assegni famigliari vengono a mancare.

8.2.6. Sospensione delle prestazioni durante la maternità

Durante il diritto alle prestazioni di maternità secondo la Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità (LIPG) o all'indennità parto dalla presente assicurazione, l'obbligo di prestazione per malattia o infortunio è sospeso.

8.2.7. Indennità parto

L'indennità parto deve essere richiesta dal contraente e non è automaticamente compresa nell'assicurazione.

Non sono assicurati i familiari che non sono riportati nella contabilità salariale, i lavoratori indipendenti e i titolari di azienda.

Il diritto all'indennità parto sorge insieme al diritto all'indennità di maternità secondo la Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG) e completa l'indennità di maternità secondo la LIPG.

Durante l'ottenimento dell'indennità di maternità, tuttavia per 98 giorni al massimo, viene corrisposta la differenza tra l'indennità di maternità e l'indennità parto assicurata. Per altri 14 giorni viene corrisposta l'indennità parto nell'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata. L'indennità parto non viene corrisposta, se il rapporto d'impiego della persona assicurata presso il contraente dell'assicurazione termina prima del parto.

Per gravidanze già in corso al momento di entrata in vigore del contratto, non sussiste alcun diritto all'indennità parto complementare all'indennità di maternità secondo la Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG), eccetto nel quadro di una prestazione facoltativa all'atto del rilevamento del contratto.

8.2.8. Indennità di paternità

L'indennità di paternità deve essere richiesta dal contraente e non è automaticamente compresa nell'assicurazione.

Condizione necessaria al riguardo è che nel regolamento del personale del contraente sia contenuta una disciplina per il congedo di paternità.

Durante il congedo di paternità viene concessa una indennità giornaliera pari all'indennità giornaliera assicurata per la durata della prestazione convenuta come da polizza di assicurazione.

8.3. Decorrenza delle prestazioni

Le prestazioni decorrono dallo scadere del termine di carenza convenuta.

Il periodo di carenza inizia il giorno in cui, secondo attestazione medica, ha inizio l'incapacità lavorativa, tuttavia non prima di 3 giorni precedenti il primo trattamento medico. In assenza di accordi di tenore diverso, i periodi di carenza sono calcolati di nuovo per ogni caso di malattia o infortunio.

8.4. Durata delle prestazioni

8.4.1. Principio

La durata delle prestazioni è indicata nella polizza di assicurazione e, fatta eccezione per la copertura scalare, viene calcolata per singolo sinistro. Nel calcolo della durata delle prestazioni, i giorni d'incapacità lavorativa parziale vengono considerati per intero.

Per le persone con un massimale di riscossione della prestazione per incapacità lavorativa parziale, la copertura assicurativa resta in vigore per un nuovo caso di malattia nel quadro della residua capacità di guadagno.

8.4.2. Deduzione del periodo di carenza

Il periodo di carenza convenuto viene dedotto dalla durata delle prestazioni. Si considerano giorni di carenza quei giorni in cui sussiste un'incapacità lavorativa pari ad almeno il 25%.

8.4.3. Nuovo sinistro

La ricomparsa di una malattia o di postumi di infortunio (ricaduta) è considerata nuovo sinistro quando, dall'ultimo insorgere della stessa malattia o dello stesso postumo di infortunio, la persona assicurata è stata ininterrottamente abile al lavoro per 360 giorni. In caso di ricaduta entro 360 giorni, vengono conteggiati il periodo di carenza compiuto e le prestazioni erogate.

8.4.4. Copertura scalare

Nella copertura scalare, la durata delle prestazioni dipende dalla durata del rapporto di lavoro nell'azienda assicurata, conformemente all'obbligo di continuazione della retribuzione del datore di lavoro.

La seguente scale vale come base per le prestazioni:

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

Se le persone che beneficiano di un permesso di soggiorno di breve durata ritornano ogni anno nella stessa impresa assicurata, la durata dell'impiego sarà computata sulla base del totale dei mesi lavorativi svolti per l'impresa.

8.4.5. Assegni famigliari

Gli assegni famigliari secondo le disposizioni della LAFam, in caso di soppressione dell'obbligo di pagamento della cassa cantonale per gli assegni famigliari, sono compresi nell'assicurazione in via sussidiaria per l'intera durata della prestazione.

8.4.6. Durata delle prestazioni per il parto

La durata delle prestazioni per il parto è di 112 giorni al massimo. L'indennità parto pari alla 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 viene corrisposta per l'ammontare assicurato, se nel giorno del parto sussiste un diritto all'indennità di maternità secondo LIPG.

L'indennità parto viene corrisposta senza deduzione di un periodo di carenza.

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

8.4.7. Indennità di paternità

La durata della prestazione è disciplinata nella polizza.

L'indennità di paternità è corrisposta senza deduzione del periodo di carenza.

L'indennità di paternità non viene dedotta dalla durata massima delle prestazioni.

8.4.8. Assicurazione del godimento postumo del salario

Se il lavoratore muore a seguito di una malattia o di un infortunio assicurati, va soddisfatto l'obbligo di continuare a pagare il salario, ai sensi dell'art. 338 cpv. 2 del CO.

La prestazione assicurativa è corrisposta senza deduzione del periodo di carenza.

8.4.9. Età AVS

Le persone assicurate che dopo aver raggiunto l'età AVS continuano a lavorare regolarmente alle dipendenze del contraente, hanno diritto all'indennità giornaliera assicurata per complessivi 180 giorni in base al periodo di carenza concordato, comunque non oltre il compimento del loro 70° anno di età.

La stessa regolamentazione si applica anche al titolare dell'azienda e ai suoi familiari che collaborano nell'azienda ma non sono elencati nella contabilità salariale (coniuge, figli, genitori), nonché le persone indicate nella polizza.

8.4.10. Deduzione in caso di rilevamento contrattuale

In caso di rilevamento ovvero di rinnovo del contratto, le prestazioni già percepite da precedenti enti assicurativi vengono dedotte dalla durata delle prestazioni.

8.5. Limitazione delle prestazioni

8.5.1. Rifiuto della prestazione

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative:

- a) per le conseguenze di infortuni e malattie professionali coperte da un altro assicuratore;
- b) in caso di partecipazione ad eventi bellici, a sommosse ed azioni simili, nonché in caso di servizio militare all'estero;
- c) per infortuni che si verificano a seguito di partecipazione attiva ad azioni criminose, risse e altri atti di violenza, salvo che la persona assicurata sia rimasta ferita senza essere coinvolta o prestando aiuto a persona inerme;
- d) se il danno alla salute è conseguente a contaminazione da radiazioni ionizzanti non prescritte da un medico;
- e) se durante l'incapacità lavorativa la persona assicurata lascia temporaneamente la Svizzera senza autorizzazione dell'assicuratore, fino al momento del suo rientro in Svizzera.

8.5.2. Limitazioni delle prestazioni

Le prestazioni possono essere ridotte:

- a) 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 intende in particolar modo la partecipazione a gare con veicoli a motore o anche soltanto ad un allenamento;

- b) quando la persona assicurata si oppone ripetutamente e in maniera grave a provvedimenti dell'assicuratore o a prescrizioni mediche;

- c) quando, nonostante sollecito scritto, i documenti necessari alla determinazione dei diritti assicurativi non vengono presentati entro quattro settimane.

Prestazioni minime (durata della prestazione secondo la copertura scalare) vengono corrisposte:

- d) durante un soggiorno all'estero non predisposto per motivi di lavoro. Le prestazioni complete vengono invece corrisposte in caso di degenza ospedaliera all'estero; dopo il rientro in Svizzera questa limitazione decade;
- e) per malattie ed infortuni subentrati a seguito di eventi bellici il cui scoppio è avvenuto più di 14 giorni prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa;
- f) per le conseguenze di eventi sismici e altre catastrofi naturali,

8.5.3. Negligenza grave

L'assicuratore rinuncia al diritto di ridurre le prestazioni assicurative ai sensi della LCA, se la persona assicurata ha causato la malattia o l'infortunio per negligenza grave.

8.5.4. Obbligo di restituzione

Il contraente è tenuto a restituire all'assicuratore qualsiasi prestazione percepita illecitamente o per errore.

9. Obbligo di cooperazione durante malattia e infortunio

9.1. Obblighi in caso di sinistro

Il contraente è tenuto a notificare all'assicuratore entro 5 giorni qualsiasi incapacità lavorativa che potrebbe giustificare il diritto a prestazioni, indicando se si tratta di malattia o infortunio.

Nel caso sia stato convenuto un periodo di carenza superiore a 21 giorni, l'incapacità lavorativa va notificata per iscritto entro e non oltre 30 giorni dal suo subentrare, mediante denuncia di malattia. Il certificato medico va trasmesso entro e non oltre 10 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa e in caso di periodo di carenza superiore a 21 giorni, unitamente all'annuncio di malattia.

In caso di omissione senza valida giustificazione, l'assicuratore corrisponde le prestazioni solo a partire dal giorno in cui riceve la comunicazione. Il periodo di carenza inizia a decorrere solo dal ricevimento della comunicazione.

Riduzioni del grado d'incapacità lavorativa devono essere immediatamente comunicate.

La notifica deve avvenire in modo veritiero. Quando vengono rivendicate delle prestazioni, la persona assicurata ovvero il contraente è tenuto a fornire all'assicuratore tutte le indispensabili informazioni di natura medica ed amministrativa.

9.2. Obbligo al 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. L'assicuratore è autorizzato a verificare l'adempimento delle prescrizioni mediche e ad adottare opportune misure di controllo.

La persona assicurata deve esibire prova della perdita di guadagno. Qualora ciò non fosse possibile, non sussiste alcun diritto a ricevere le prestazioni.

Il contraente che nella sua professione abituale prevedibilmente rimarrà totalmente o parzialmente inabile al lavoro, è obbligato a sfruttare la sua capacità di guadagno eventualmente rimastagli. A richiesta all'assicuratore o del contraente, la persona assicurata è tenuta a:

- annunciarsi presso il competente ufficio AI entro sei mesi dal verificarsi dell'incapacità lavorativa;
- consultare un medico già a partire dal primo giorno d'inabilità al lavoro;
- lasciarsi visitare da un secondo medico o dal medico di fiducia dell'assicuratore; i relativi costi vanno a carico dell'assicuratore.

9.3. Obbligo d'informazione

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

La persona assicurata esonera i medici curanti e altro personale sanitario dall'obbligo al segreto professionale nei confronti dell'assicuratore. Quest'ultimo, all'occorrenza, può richiedere informazioni presso altri enti assicurativi.

Il contraente e la persona assicurata informano sempre l'assicuratore 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 all'assicuratore.

Il contraente è tenuto a far valere l'obbligo di informazione nei confronti della persona assicurata.

9.4. Violazione degli obblighi di cooperazione

Le prestazioni assicurative possono essere ridotte o rifiutate se la persona assicurata oppure il contraente viola gli obblighi derivanti dalle presenti CGA.

9.5. Imposta alla fonte

Se le prestazioni d'indennità giornaliera sono corrisposte al contraente per essere trasmesse alla persona assicurata, è il contraente stesso a rispondere del conteggio e del versamento dell'imposta alla fonte ai sensi di legge.

10. Premi e pagamenti

10.1. Calcolo del premio

10.1.1. Principio

L'assicuratore calcola il premio sulla base di metodi attuariali riconosciuti. Simili tariffe comprendono principi statistici e modelli attuariali di calcolo dei premi.

10.1.2. Tariffazione empirica

La tariffazione empirica è un tipo di fissazione della tariffa assicurativa, con cui il premio di rischio è calcolato moltiplicando il premio base (cosiddetta „tariffa grado 0“) per un fattore di rischio. Il fattore di rischio dipende dall'andamento individuale dei sinistri del contratto e/o di un gruppo di contratti nonché dalla dimensione del contratto.

10.1.3. Tariffazione per classi tariffarie

La tariffazione per classi tariffarie è un tipo di fissazione della tariffa assicurativa, con cui il premio di rischio è calcolato moltiplicando il premio base (cosiddetta „tariffa grado 0“) per un fattore

di rischio. Il fattore di rischio può dipendere dal settore economico, dal luogo in cui ha sede l'azienda, dalla dimensione del contratto e da altre caratteristiche dei rischi, come a esempio l'età o il sesso degli assicurati. La consistenza di rischi è così suddivisa in classi tariffarie. Questo metodo è adottato dall'assicuratore per le aziende di nuova costituzione o quando si estende per la prima volta l'assicurazione a ulteriori gruppi di persone. Servono quindi come fase preliminare per la successiva adozione della tariffazione empirica.

10.2. Somma salariale determinante

Determinante per il calcolo dei premi è la somma salariale lorda soggetta ad AVS delle persone assicurate. Per persona ed anno 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, a condizione che esse appartengano alla cerchia delle persone assicurate.

Se per le persone indicate nominalmente nella polizza di assicurazione sia stata convenuta un salario annuo fisso, questo vale quale base di calcolo.

10.3. Pagamento dei premi

10.3.1. Fatturazione e scadenze

L'assicuratore emette una fattura di acconto al contraente ogni trimestre, semestre o anno, secondo quanto convenuto nella polizza.

I premi sono dovuti dal contraente in anticipo, pagabili entro il termine di scadenza indicato nella polizza di assicurazione.

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

10.3.2. Computo finale

Alla fine dell'anno civile l'assicuratore trasmette al contraente un modulo di dichiarazione. Il contraente deve restituire entro un mese all'assicuratore la dichiarazione compilata della somma salariale e la necessaria documentazione (dichiarazione AVS, elenchi degli assicurati, conteggi salariali e così via). Sulla base delle indicazioni ricevute, l'assicuratore provvede a calcolare gli importi definitivi dei premi e a redigere il computo finale. Saldi inferiori ai CHF 10 non danno luogo a pagamenti residuali ovvero restituzioni. L'importo viene riportato nel computo successivo.

Quando il contraente non ottempera al proprio obbligo di notifica mediante dichiarazione della somma salariale, oppure se non sono disponibili valori di riferimento per l'anno precedente, l'assicuratore può determinare i futuri importi delle fatture di acconto mediante apprezzamento.

10.3.3. Visura della Fatturazione contabilità salariale

L'assicuratore ha il diritto a prendere visione della contabilità salariale del contraente.

10.3.4. Rimborso premi

Qualora il premio fosse stato pagato in anticipo per una determinata durata contrattuale 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 non usufruito, ovvero non richiede più il pagamento dei premi che giungerebbero a scadenza in seguito.

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

10.3.5. Ritardo nel pagamento

Se il contraente non ottempera al proprio obbligo di pagamento dei premi anche dopo proroga di 30 giorni, l'assicuratore gli invia un sollecito di pagamento scritto invitandolo al pagamento dei premi non versati entro un termine di 14 giorni. Il sollecito di pagamento segnala al contraente le conseguenze dell'inadempienza dell'obbligo di pagamento.

Se nonostante il sollecito, il pagamento non avviene entro la scadenza del termine di diffida, l'obbligo di prestazione viene sospeso dalla scadenza del termine di diffida fino al momento del completo pagamento di tutti i premi non versati, degli interessi di mora 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 tardivo pagamento dei premi arretrati.

Se sono già in corso eventi che danno diritto alla prestazione (incl. prestazioni supplementari), resta garantito il diritto a ricevere le prestazioni assicurate fino alla data originariamente convenuta.

Se il premio di acconto ovvero il computo finale non viene riscosso legalmente entro due mesi dalla scadenza del termine di diffida, il contratto di assicurazione si estingue.

10.4. Esonero dal pagamento dei premi in caso di sinistro

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

Escluse da questa regola sono le persone assicurate con salario annuo fisso, indicate nella polizza di assicurazione.

Fatto salvo l'addebito del premio annuo minimo concordato nella polizza di assicurazione.

10.5. Adeguamento dei premi

Si concede una garanzia sui premi per la durata contrattuale concordata.

Al termine del contratto l'assicuratore può adeguare i premi.

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

10.6. Partecipazione alle eccedenze

E' possibile pattuire una partecipazione alle eccedenze.

Quando una partecipazione alle eccedenze è stata pattuita, dopo tre anni completi di assicurazione (= periodo di conteggio), il contraente 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 di assicurazione.

Il conteggio è redatto non 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 chiuso, si

procede alla preparazione di un nuovo conteggio di partecipazione alle eccedenze. L'assicuratore può richiedere il rimborso delle quote di eccedenze già versate.

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

10.7. Corresponsione delle prestazioni

10.7.1. Versamento delle indennità giornaliera per malattia e infortunio

L'indennità giornaliera viene versata sulla base del certificato medico, non appena la capacità lavorativa è riacquisita. Se l'invalidità 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 per essere riversate alla persona assicurata, fintanto che questa è occupata nell'azienda assicurata.

10.7.2. Versamento dell'indennità parto

L'indennità parto viene corrisposta al contraente per essere riversata alla persona assicurata, dopo il parto e una volta accertata la corresponsione di prestazioni secondo LIPG.

10.7.3. Versamento dell'indennità di paternità

L'indennità di paternità viene corrisposta al contraente una volta accertato l'avvenuto congedo paternità.

10.7.4. Compensazione

L'assicuratore può compensare prestazioni scadute con crediti vantati nei confronti del contraente.

10.7.5. Costituzione in pegno e cessione

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

10.7.6. Prescrizione

Il diritto alle prestazioni del contraente nei confronti dell'assicuratore cade in prescrizione due anni dopo il verificarsi della circostanza che giustifica l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

11. Prestazioni di terzi

11.1. Coordinamento

11.1.1. In generale

Quando per un caso di malattia o infortunio la responsabilità è di un terzo per legge o colpa, l'assicuratore completa le prestazioni sussecutivamente 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. Assicurazione cumulativa

Se più assicuratori sono in obbligo di prestazione, 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. L'indennizzo da corrispondere secondo le presenti CGA si limita alla quota della somma di assicurazione generale corrispondente 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 (indennità giornaliera, pensioni, ecc.). Il diritto alle prestazioni va rivendicato presso la rispettiva assicurazione sociale.

La persona assicurata è tenuta a cedere all'assicuratore eventuali diritti a pagamenti supplementari vantati nei confronti dell'assicurazione sociale (AMal, Alnf, Al, AMil, AVS, AD, IPG, PP, LAFam, assegni famigliari nell'agricoltura).

11.1.4. Rinuncia alle prestazioni

Se le persone assicurate, senza il consenso dell'assicuratore, 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 l'assicuratore può erogare prestazioni anticipate. Condizione per poterlo fare è che la persona assicurata abbia tentato, in ogni modo ragionevolmente possibile, di far valere i propri diritti senza però riuscirvi, e che ceda all'assicuratore i diritti nei confronti di terzi nella misura delle prestazioni corrisposte dall'assicuratore.

11.3. Sovraindennizzo

11.3.1. Lavoratori dipendenti

Alle persone assicurate ovvero al contraente non può risultare alcun guadagno dalle prestazioni secondo le presenti CGA, anche tenendo conto delle prestazioni di terzi. In caso di sovrassicurazione, le prestazioni vengono ridotte in maniera corrispondente. Prestazioni corrisposte in eccesso sono da restituire.

Per il calcolo della durata della prestazione e del periodo di carenza, i giorni con prestazioni parziali a causa di riduzioni giustificate dal diritto a prestazioni di terzi vengono considerati come giorni interi.

11.3.2. Persone assicurate con salario annuo fisso

L'estensione delle prestazioni corrisponde all'ammontare dell'indennità giornaliera concordata. Le disposizioni relative alla sovrassicurazione non trovano applicazione.

Per contro non vengono assunte prestazioni se sussistono diritti a prestazioni pecuniarie (indennità giornaliera, pensioni ecc.) nei confronti di assicurazioni sociali (AMal, Alnf, Al, AMil, AVS, AD, IPG, PPN, LAFam, assegni familiari nell'agricoltura, ecc.).

11.3.3. Indennità giornaliera presso altri assicuratori

Il contraente è tenuto a comunicare immediatamente all'assicuratore eventuali assicurazioni d'indennità giornaliera già esistenti o appena stipulate con altri assicuratori.

12. Protezione dei dati

12.1. Principio

Il trattamento dei dati di persone assicurate si attiene alle disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

12.2. Scopo del trattamento

L'assicuratore tratta solo dati (per esempio dati anagrafici, informazioni sullo stato di salute, verifica dei dati indicati nella richiesta, incasso, svolgimento della prestazione) necessari per l'attuazione del contratto di assicurazione secondo LCA. L'assicuratore tratta le informazioni raccolte con la massima riservatezza.

12.3. Trasmissione dei dati a terzi per il trattamento

L'assicuratore può assegnare in tutto o in parte ad un terzo (per esempio centro di calcolo) il trattamento dei dati. Il tal caso l'assicuratore provvede affinché i dati siano trattati solo come egli stesso sarebbe autorizzato a fare. In altri casi fornisce informazioni solo con l'autorizzazione della persona assicurata.

12.4. Conservazione dei dati

L'assicuratore conserva scrupolosamente i dati e li protegge da persone non autorizzate con adeguate misure tecniche ed organizzative.

13. Comunicazioni

Comunicazioni dell'assicuratore alla persona assicurata o al contraente avvengono in maniera legalmente valida, in forma scritta. Modifiche rilevanti per l'assicurazione, in particolar modo concernenti variazioni nella composizione del gruppo di persone assicurate, del Contratto collettivo di lavoro (CCL) o delle disposizioni della Legge sulla previdenza professionale (LPP), devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore entro 30 giorni.

14. Foro competente

Per qualsiasi controversia derivante dal presente contratto di assicurazione, la parte attrice ha la facoltà di appellarsi al tribunale competente presso il domicilio svizzero, il luogo di lavoro in Svizzera, o presso la sede legale dell'assicuratore.

ÖKK

PUNTI SUL SICURO CON ÖKK

0800 822 022

OFFERTA ONLINE

www.oekk.ch

MAIL

unternehmen@oekk.ch