ÖKK ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO (LCA)

Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Edizione 2024

ÖKK

ÖKK ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO (LCA)

ÖKK Versicherungen AG
Condizioni generali di assicurazione (CGA)
Edizione 1. 1. 2024

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**3**
1.1	Scopo	3
1.2	Ente assicuratore	3
1.3	Basi contrattuali	3
1.4	Polizza assicurativa	3
1.5	Legge federale sul contratto di assicurazione	3
1.6	Incarico a terzi	3
2.	**Cerchia di persone assicurate**	**3**
2.1	Contraente	3
2.2	Persone assicurate	3
3.	**Validità territoriale**	**3**
3.1	In generale	3
3.2	Lavoratori inviati all'estero	3
3.3	Soggiorno all'estero durante la malattia	3
4.	**Varianti di assicurazione**	**3**
4.1	Copertura integrale	3
4.2	Copertura con dichiarazione sullo stato di salute	3
4.3	Copertura scalare	4
5.	**Inizio, durata e fine del contratto di assicurazione**	**4**
5.1	Decorrenza contrattuale	4
5.2	Durata contrattuale	4
5.3	Cessazione del contratto	4
6.	**Inizio, durata e fine della copertura assicurativa**	**4**
6.1	Inizio della copertura assicurativa	4
6.2	Fine e interruzione della copertura assicurativa	4
6.3	Passaggio all'assicurazione individuale	5
7.	**Estensione delle prestazioni**	**5**
7.1	Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata	5
7.2	Base di calcolo	5
7.3	Copertura massima	6
8.	**Prestazioni**	**6**
8.1	Condizioni per le prestazioni	6
8.2	Estensione delle prestazioni	6
8.3	Decorrenza delle prestazioni	7
8.4	Durata delle prestazioni	7
8.5	Limitazione delle prestazioni	8
9.	**Obbligo di cooperazione durante malattia e infortunio**	**9**
9.1	Obblighi in caso di sinistro	9
9.2	Obbligo di contenimento del danno	9
9.3	Obbligo d'informazione	9
9.4	Violazione degli obblighi di cooperazione	9
9.5	Imposta alla fonte	9
10.	**Premi e pagamenti**	**9**
10.1	Calcolo dei premi	9
10.2	Somma salariale determinante	10
10.3	Pagamento dei premi	10
10.4	Esonero dal pagamento dei premi in caso di sinistro	10
10.5	Garanzia di tasso del premio	10
10.6	Adeguamento dei premi	10
10.7	Aumento o diminuzione del rischio	11
10.8	Partecipazione alle eccedenze	11
10.9	Corresponsione delle prestazioni	11
11.	**Coordinamento delle prestazioni**	**11**
11.1	Riduzione delle prestazioni, sovraindennizzo e richiesta di rimborso	11
11.2	Anticipo di prestazioni e rivalsa	12
11.3	Sovraindennizzo	12
12.	**Protezione dei dati**	**12**
12.1	Principio	12
12.2	Scopo del trattamento	12
12.3	Trasmissione dei dati a terzi per il trattamento	12
12.4	Conservazione dei dati	12
13.	**Comunicazioni**	**12**
14.	**Foro competente**	**12**

La forma maschile utilizzata nelle presenti CGA vale anche per le persone di sesso femminile.
Il presente testo è una traduzione. In caso di divergenze rispetto alla lingua originale in versione tedesca, è quest'ultima a far fede.
Le condizioni di assicurazione in vigore sono disponibili alla pagina web oekk.ch/cga-ca o presso la sua agenzia ÖKK.

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Scopo

ÖKK ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO (LCA) si prefigge la copertura della perdita di guadagno causata da incapacità lavorativa a seguito di malattia.

La copertura può essere estesa anche alla perdita di guadagno a seguito di infortunio, parto (indennità di parto) e paternità (indennità di paternità).

1.2 Ente assicuratore

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

L'impresa di assicurazione menzionata nella polizza assicurativa è autorizzata a effettuare tutte le operazioni in nome e per conto di ÖKK Versicherungen AG.

1.3 Basi contrattuali

Valgono quali basi del contratto

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

1.4 Polizza assicurativa

Nella polizza assicurativa sono annotate le coperture assicurative definite contrattualmente.

CP o accordi che divergono o completano le CGA sono parimenti menzionati nella polizza assicurativa.

1.5 Legge federale sul contratto di assicurazione

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

1.6 Incarico a terzi

Se un terzo incaricato cura gli interessi del contraente in fase di stipula o gestione del presente contratto di assicurazione, è possibile che l'assicuratore corrisponda al terzo incaricato un indennizzo per l'attività svolta. Se il contraente desidera informazioni più dettagliate in merito all'entità di suddetto indennizzo, può rivolgersi al terzo incaricato.

2. Cerchia di persone assicurate

2.1 Contraente

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

2.2 Persone assicurate

2.2.1 Lavoratori dipendenti

Risultano assicurate le persone fisiche o i gruppi di persone fisiche riportati nella polizza assicurativa, se

a) tra loro e il contraente esiste un rapporto lavorativo o formativo;
b) sono soggetti ad AVS o lo sarebbero all'età corrispondente oppure dopo il raggiungimento dell'età di riferimento AVS continuano a essere occupati presso l'azienda assicurata;
c) non hanno ancora compiuto 70 anni di età, con riserva di quanto disposto dall'articolo 2.2.3 lit. c).

I lavoratori frontalieri sono in linea di massima equiparati alle persone residenti in Svizzera nell'ambito dell'accordo tra la Svizzera e i Paesi dell'UE/AELS.

2.2.2 Titolari d'azienda e loro famigliari

Se indicati nominalmente nella polizza assicurativa 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

2.2.3 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 di riferimento AVS.

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 un assicurato ammalato avente diritto a prestazioni si reca all'estero, per il periodo del soggiorno all'estero non ha diritto a prestazioni, se l'assicuratore non ha preventivamente concesso il proprio benestare al soggiorno.

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 all'assicurato 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 l'assicurato rilascia sul modulo fornito dall'assicuratore.

4.2.4 Obbligo d'informazione
L'assicurato è tenuto 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 sull'assicurato. Al momento dell'entrata nell'assicurazione, ha l'obbligo di informare l'assicurato 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 prevista 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 Decorrenza contrattuale
La decorrenza dell'assicurazione corrisponde alla data concordata nella polizza assicurativa.

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

5.2 Durata contrattuale
5.2.1 In generale
Il contratto di assicurazione è stipulato per la durata indicata nella polizza assicurativa. La durata contrattuale minima è di un anno civile.

5.2.2 Rinnovo contrattuale
Se non viene disdetto entro il termine convenuto, allo scadere della durata concordata il contratto di assicurazione si rinnova tacitamente per un altro anno.

5.3 Cessazione del contratto
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. È 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.

In caso di disdetta del contratto di assicurazione, l'assicuratore può sottoporre al contraente una nuova offerta assicurativa con una nuova durata.

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.

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;
c) se nel corso della durata del contratto di assicurazione il contraente non notifica correttamente o sottace fatti che escluderebbero o ridurrebbero l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

5.3.4 Rinuncia alla disdetta in caso di sinistro
L'assicuratore rinuncia espressamente al proprio diritto legale di recedere dal contratto di assicurazione in caso di sinistro.

È fatta salva la disdetta alla scadenza del contratto.

6. Inizio, durata e fine della copertura assicurativa
6.1 Inizio della copertura assicurativa
La copertura assicurativa decorre dal giorno in cui inizia il rapporto di lavoro o il diritto al salario, e in ogni caso dal momento in cui il dipendente inizia a recarsi al lavoro.

Lavoratori dipendenti con un'invalidità parziale 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 per l'occupazione a tempo parziale convenuta il giorno in cui inizia il rapporto di lavoro o il diritto al salario, e in ogni caso dal momento in cui il dipendente inizia a recarsi al lavoro.

6.2 Fine e interruzione della copertura assicurativa
6.2.1 Fine della copertura assicurativa
Per l'assicurato la copertura assicurativa termina

a) alla fine del rapporto di lavoro presso il contraente;
b) in caso di continuazione dell'occupazione in età di riferimento AVS, con il compimento del 70º anno di età;
c) con il definitivo esaurimento del diritto a prestazioni conformemente alla durata delle prestazioni concordata nella polizza assicurativa, senza impiego di un'eventuale capacità di guadagno residua;
d) in caso di decesso;
e) con la cessazione del contratto di assicurazione.

6.2.2 Sospensione dell'obbligo di prestazioni in caso di interruzione dell'attività lavorativa
In caso di interruzione dell'attività lavorativa senza diritto a salario, la copertura assicurativa resta in vigore. Durante questo periodo, tuttavia, l'obbligo di prestazioni viene sospeso. Sono escluse da tale regolamentazione le interruzioni dell'attività lavorativa a seguito di malattia o infortunio, come pure le interruzioni dovute a servizio militare, servizio civile o protezione civile.

Ove non stabilito diversamente, la prestazione inizia al più presto il giorno in cui si riprende l'attività lavorativa. I giorni di inabilità lavorativa registrati

durante il congedo non pagato saranno aggiunti al periodo di carenza e alla durata delle prestazioni.

6.3 Passaggio all'assicurazione individuale

6.3.1 Diritto al passaggio

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

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

I lavoratori frontalieri possono passare all'assicurazione individuale se continuano a lavorare in Svizzera immediatamente dopo l'uscita dall'assicurazione collettiva di indennità giornaliera e se non possono passare a nessun'altra assicurazione collettiva di indennità giornaliera, o se sono considerati persone disoccupate ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (LADI) e possono pretendere indennità giornaliere dall'assicurazione contro la disoccupazione. Se la nuova retribuzione è inferiore al salario assicurato fino a quel momento, il diritto al passaggio si riduce proporzionalmente alla nuova retribuzione.

È necessario far valere il diritto al passaggio per iscritto entro 90 giorni dal ricevimento della relativa comunicazione del datore di lavoro.

In caso di mancata notifica da parte del datore di lavoro, il diritto di passaggio dell'assicurato può essere rivendicato per iscritto entro 180 giorni dall'uscita dal contratto collettivo.

Se l'assicurato riceve una prestazione supplementare (articolo 8.2.4), il termine decorre quando è presente una capacità lavorativa/capacità di guadagno attestata da un medico pari ad almeno il 50%, o al più tardi dopo la fine dell'obbligo di prestazione. In tal caso i chiarimenti vengono effettuati dall'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.

Sono fatte salve 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 gli assicurati uscenti in merito al loro diritto al passaggio e ai termini per il passaggio nell'assicurazione individuale.

Se il contraente non ottempera al proprio 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 300'000 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 un'assicurazione continuata 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

- in virtù della presente assicurazione collettiva
- da precedenti assicuratori

vengono dedotte dalla durata delle prestazioni dell'assicurazione individuale.

6.3.5 Preclusione del diritto al passaggio

Il diritto al passaggio non sussiste

a) in caso di cambiamento del datore di lavoro e rispettivo passaggio alla sua assicurazione contro la perdita di guadagno;
b) se 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; la preclusione del diritto al passaggio è limitata al grado di incapacità lavorativa/incapacità di guadagno;
d) se l'assicurato percepisce una rendita AVS, comunque al più tardi al raggiungimento dell'età di riferimento AVS;
e) se l'assicurato trasferisce il proprio domicilio all'estero e non è soggetto alle disposizioni sulla libera circolazione delle persone;
f) durante la copertura provvisoria;
g) se le prestazioni del contratto collettivo sono esaurite e non rimane alcuna capacità di guadagno.

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 assicurato medio di un anno. L'indennità giornaliera calcolata viene corrisposta per ogni giorno di calendario.

Si tratta di un'assicurazione contro i danni.

7.2.2 Lavoratori dipendenti

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

Gli adeguamenti salariali conseguenti a modifiche del grado occupazionale o ad aumenti generici del salario vengono presi in considerazione solo se spettanti per legge o se concordati prima del verificarsi del caso di prestazioni.

Gli assegni famigliari erogati al lavoratore dalle casse di compensazione per assegni famigliari, quali assegni per i figli o di formazione secondo le disposizioni della Legge sugli assegni familiari (LAFam) e sugli assegni familiari nell'agricoltura (LAF), sono considerati reddito da lavoro dipendente venuto meno e sono coassicurati.

Per i lavoratori non assoggettati all'AVS, al posto del salario assoggettato all'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 assicurativa è data dal salario annuo fisso preventivamente convenuto.

In caso di sinistro non è richiesto alcun certificato di reddito.

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 di richiesta di aumento del salario annuo fisso convenuto, è necessaria 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'importo massimo del salario assicurabile per persona e anno è limitato a CHF 300'000 per i prelievi salariali da tutte le parti di impresa coassicurate.

Qualora, nei prelievi salariali da più parti di impresa coassicurate, il salario complessivo superi il tetto massimo di CHF 300'000, nella dichiarazione salariale della parte di impresa interessata il salario va ridotto in misura proporzionale (in rapporto percentuale rispetto al salario massimo assicurato di CHF 300'000).

8. Prestazioni
8.1 Condizioni per le prestazioni
8.1.1 Principio
È considerata una condizione per le prestazioni l'incapacità lavorativa, oggettivamente motivabile dal punto di vista medico, conseguente a malattia (e/o infortunio o parto, a patto che il rischio in questione sia compreso).

L'assicuratore è autorizzato a rifiutare un diritto a prestazioni se l'incapacità lavorativa rivendicata è riconducibile prevalentemente a fattori non medici o se la diagnosi indicata non giustifica un'incapacità lavorativa.

8.1.2 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'incapacità al lavoro.

8.1.3 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 o causi il decesso.

Sono parificate agli infortuni le lesioni fisiche e le malattie professionali simili a infortuni, riconosciute come tali secondo la LAINF.

8.1.4 Incapacità lavorativa
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 90 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 ad almeno il 25%.

8.1.5 Incapacità di guadagno
È considerata incapacità di guadagno la perdita, totale o parziale, delle possibilità di guadagno su un mercato di lavoro considerato stabile, qualora la perdita derivi da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, persistente anche dopo cure adeguate e tentativi di reinserimento.

Per valutare l'esistenza di un'incapacità di guadagno vanno considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Un'incapacità di guadagno viene considerata tale solo se non risulta insormontabile da un punto di vista obiettivo.

8.1.6 Certificato medico
L'incapacità lavorativa deve essere attestata da un certificato medico. 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 e alle presenti condizioni di assicurazione.

La totalità delle prestazioni d'indennità giornaliera corrisposte non può essere superiore al guadagno venuto meno all'assicurato a causa del sinistro o al salario annuo fisso concordato.

8.2.2 Adempimento del contratto collettivo di lavoro (CCL)
Se i lavoratori sottostanno a un contratto collettivo di lavoro (CCL) con condizioni differenti, queste ultime sono valide esclusivamente nel caso e nella misura in cui sia stata espressamente concordata con il contraente una copertura conforme al CCL per il gruppo di persone assicurate nel contratto di assicurazione.

8.2.3 Incapacità lavorativa parziale
In caso di incapacità lavorativa parziale, le prestazioni vengono corrisposte proporzionalmente al grado di incapacità lavorativa.

8.2.4 Prestazione supplementare
Per gli assicurati 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 all'assicurazione contro la perdita di guadagno del nuovo datore di lavoro;
- se l'assicurato percepisce una rendita AVS, comunque al più tardi al raggiungimento dell'età di riferimento AVS;
- quando l'assicurato trasferisce il proprio domicilio all'estero; per i frontalieri il Paese di domicilio è equiparato alla Svizzera;
- 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. In caso di rapporto lavorativo a tempo determinato di durata superiore a tre mesi, il diritto a prestazioni dura soltanto fino a quando sarebbe durato il rapporto lavorativo.

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

Le persone con salario annuo fisso indicate nominalmente nella polizza sono escluse dalle disposizioni della prestazione supplementare. Per queste persone il diritto a prestazioni sussiste fino al termine del caso di malattia che giustifica tale diritto e comunque al massimo fino al termine della prestazione concordata. Non sussiste alcuna esenzione dai premi ai sensi dell'articolo 10.4.

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

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.

8.2.6 Assegni famigliari
Sussiste il diritto a percepire assegni per i figli e di formazione, che vengono corrisposti dalle casse per gli assegni famigliari al lavoratore secondo le disposizioni della Legge sugli assegni familiari (LAFam) e sugli assegni familiari nell'agricoltura (LAF).

In caso di mancato pagamento degli assegni per i figli e di 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, a condizione che si tratti di un evento assicurato.

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

8.2.7 Sospensione dell'obbligo di prestazioni durante la maternità
Nelle otto settimane successive al parto o se si ha diritto alle prestazioni di maternità secondo la Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e per chi è in maternità (LIPG) o all'indennità di parto derivante dalla presente assicurazione, l'obbligo di prestazione per malattia o infortunio è sospeso.

I giorni di incapacità lavorativa durante questo periodo saranno aggiunti al periodo di carenza e alla durata delle prestazioni.

8.2.8 Indennità di parto
L'indennità di 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 di 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 la fruizione dell'indennità di maternità, tuttavia per 98 giorni al massimo, viene corrisposta la differenza tra l'indennità di maternità e l'indennità di parto assicurata. Per altri 14 giorni viene corrisposta l'indennità di parto nell'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata.

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

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

Il contraente può chiedere che venga valutata la possibilità di estendere l'entità delle prestazioni. Requisito essenziale è la regolamentazione del congedo di maternità nel regolamento del personale del contraente.

8.2.9 Indennità di paternità
L'indennità di paternità deve essere richiesta dal contraente e non è assicurata automaticamente.

I membri della famiglia non indicati nella contabilità salariale, come pure i lavoratori autonomi e i titolari d'azienda, non sono assicurati.

L'indennità di paternità spetta se sono soddisfatti i requisiti ai sensi della Legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG) e va a integrare l'indennità di paternità secondo LIPG.

Durante il percepimento dell'indennità di paternità secondo LIPG, comunque non oltre i 14 giorni, viene erogata la differenza tra l'indennità di paternità secondo LIPG e l'indennità di paternità assicurata. L'indennità di paternità non viene erogata se il rapporto d'impiego tra l'assicurato e il contraente cessa prima del congedo di paternità. Per i congedi di paternità già in corso alla decorrenza del contratto, non sussiste alcun diritto a indennità di paternità integrativa rispetto all'indennità di paternità secondo LIPG, a meno che ciò non rientri nell'ambito di una prestazione di libero passaggio in caso di rilevamento del contratto.

Il contraente può chiedere che venga valutata la possibilità di estendere l'entità delle prestazioni. Requisito essenziale è la regolamentazione del congedo di paternità nel regolamento del personale del contraente.

8.3 Decorrenza delle prestazioni
Le prestazioni decorrono dallo scadere del periodo di carenza convenuto.

Il periodo di carenza inizia il giorno in cui, secondo attestazione medica, ha inizio l'inabilità lavorativa, tuttavia non prima di 3 giorni precedenti il primo trattamento medico. In assenza di accordi di tenore diverso, i periodi di carenza sono definiti 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 assicurativa 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.

L'assicurato non può bloccare l'esaurimento del diritto a prestazioni rinunciando alle indennità giornaliere.

Se, al termine della durata della prestazione stabilita, si verifica un nuovo sinistro, la copertura assicurativa risulterà ancora attiva se l'assicurato ha sfruttato completamente o in parte la sua eventuale capacità di guadagno residua.

Se è stata stabilita una somma salariale fissa, questa viene adattata in proporzione alla capacità di guadagno residua.

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, l'assicurato è stato ininterrottamente abile al lavoro per 365 giorni.

In caso di ricaduta entro 365 giorni, vengono conteggiati il periodo di carenza compiuto e le prestazioni erogate.

8.4.4 Secondo sinistro
Se durante un sinistro se ne verifica un secondo, i giorni per cui si ha diritto a prestazioni per il primo sinistro vengono conteggiati con la durata della prestazione del secondo.

8.4.5 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 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 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 lavorati per quell'impresa.

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

8.4.7 Durata delle prestazioni per il parto
La durata delle prestazioni per il parto è di 112 giorni al massimo.

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

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

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

8.4.8 Durata delle prestazioni in caso di paternità
La durata delle prestazioni in caso di paternità è di 14 giorni.

L'indennità di paternità, pari alla differenza tra l'indennità di paternità secondo LIPG e l'indennità di paternità assicurata, cessa con la ripresa dell'attività lavorativa.

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

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

8.4.9 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'articolo 338 cpv. 2 CO.

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

8.4.10 Età di riferimento AVS
Dal momento in cui si percepisce la rendita AVS, e comunque al più tardi dal raggiungimento dell'età di riferimento AVS, sussiste un diritto a prestazioni per un massimo di 180 giorni per tutti i casi assicurativi attuali e futuri insieme.

Se è in corso un sinistro, l'indennità giornaliera viene corrisposta dalla riscossione della rendita AVS, e comunque al più tardi a partire dal sopraggiungere dell'età di riferimento AVS, ancora per un massimo di 180 giorni, tuttavia non oltre la durata della prestazione stabilita, a condizione che l'assicurato o il contraente provino all'assicuratore che in caso di capacità lavorativa il rapporto lavorativo sarebbe proseguito.

La stessa regolamentazione si applica anche al titolare dell'impresa e ai suoi familiari che collaborano nell'impresa ma non sono elencati nella contabilità salariale (coniuge, figli, genitori), come pure alle persone indicate nominalmente nella polizza assicurativa.

8.4.11 Deduzione in caso di rilevamento contrattuale
In caso di rilevamento o di rinnovo del contratto, le prestazioni già percepite da precedenti assicuratori vengono dedotte dalla durata delle prestazioni.

8.5 Limitazione delle prestazioni
8.5.1 Esclusione di prestazioni
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 della partecipazione attiva ad azioni criminose, risse e altri atti di violenza, salvo che l'assicurato sia rimasto ferito senza essere coinvolto 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 l'assicurato lascia temporaneamente la Svizzera o il suo Paese di residenza senza autorizzazione dell'assicuratore, fino al momento del suo rientro in Svizzera o nel suo Paese di residenza;
f) se il danno alla salute è stato provocato intenzionalmente (anche come conseguenza di tentativi di suicidio o autolesione) e non si tratta di un diritto a prestazioni riconosciuto dalla LAINF;
g) se durante un'incapacità lavorativa l'assicurato è sottoposto a detenzione preventiva o gli vengono comminate pene o misure;
h) in caso di incapacità lavorativa conseguente a operazioni eseguite senza indicazione medica (es. operazioni di chirurgia estetica).

8.5.2 Restrizioni delle prestazioni
Le prestazioni possono essere ridotte

a) quando i danni alla salute sono da ricondurre ad imprese rischiose, vale a dire quando l'assicurato si espone a pericoli eccessivi senza aver adottato o potuto adottare adeguati provvedimenti per contenere i rischi en-

tro 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 l'assicurato si oppone ripetutamente e in maniera grave a provvedimenti dell'assicuratore o a prescrizioni mediche;
c) quando, nonostante il 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 l'assicurato 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

L'incapacità lavorativa va comunicata per iscritto e mediante notifica di malattia entro cinque giorni dalla scadenza del periodo di carenza.

Nel caso sia stato convenuto un periodo di carenza superiore a 29 giorni, l'incapacità lavorativa va notificata per iscritto entro e non oltre 30 giorni dal suo inizio mediante notifica di malattia. Il certificato medico va allegato alla notifica di malattia.

Se la notifica di malattia avviene dopo il termine stabilito, il periodo di carenza decorre dalla ricezione della notifica di incapacità lavorativa. La durata delle prestazioni inizia a decorrere comunque dal primo giorno dell'incapacità lavorativa.

Eventuali riduzioni del grado d'incapacità lavorativa devono essere immediatamente comunicate.

La notifica deve avvenire in modo veritiero. Quando vengono rivendicate delle prestazioni, l'assicurato e il contraente sono tenuti a fornire all'assicuratore tutte le informazioni di natura medica ed amministrativa necessarie.

9.2 Obbligo di contenimento del danno

L'assicurato è tenuto ad adottare tutti gli accorgimenti possibili per contenere le prestazioni ed in particolare per favorire la propria guarigione. Egli deve inoltre astenersi da tutto ciò che potrebbe ritardare la guarigione. 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.

L'assicurato deve esibire prova della perdita di guadagno. Qualora ciò non sia possibile, non sussiste alcun diritto a ricevere le prestazioni.

L'assicurato che rimarrà prevedibilmente totalmente o parzialmente inabile al lavoro nella sua professione abituale è obbligato a sfruttare la capacità di guadagno eventualmente rimastagli.

Su richiesta dell'assicuratore o del contraente, l'assicurato è tenuto a

a) registrarsi presso il competente ufficio AI entro sei mesi dal verificarsi dell'incapacità lavorativa;
b) consultare un medico già a partire dal primo giorno d'inabilità al lavoro;
c) lasciarsi visitare da un secondo medico o dal medico di fiducia dell'assicuratore; i relativi costi vanno a carico dell'assicuratore.
d) sottoporsi a un trattamento medico specialistico;
e) presentare i documenti necessari per il disbrigo del caso di prestazioni.

Qualora la persona assicurata non adempia a uno di questi obblighi, il diritto a prestazioni si interrompe. Una volta completato l'adempimento, il diritto viene ripristinato. La durata dell'interruzione viene aggiunta alla durata delle prestazioni complessiva.

9.3 Obbligo d'informazione

In caso d'infortunio l'assicurato, ovvero il contraente, è tenuto a mettere a disposizione dell'assicuratore tutte le informazioni necessarie sulla dinamica dell'infortunio, nonché su eventuali terzi coinvolti.

L'assicurato 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 assicuratori.

Il contraente e l'assicurato informano sempre l'assicuratore in merito a qualsiasi prestazione ricevuta da terzi in caso di malattia, infortunio e invalidità. Se richiesto, i conteggi di terzi vanno inoltrati all'assicuratore.

Se l'assicuratore lo richiede, i certificati e i rapporti medici inoltrati non redatti in lingua tedesca, francese, italiana, retoromancia o inglese e per cui non è presente una traduzione autenticata in una delle lingue citate vanno tradotti; i relativi costi di traduzione sono a carico dell'assicurato.

9.4 Violazione degli obblighi di cooperazione

Le prestazioni assicurative possono essere ridotte o rifiutate se l'assicurato oppure il contraente viola gli obblighi derivanti dalle presenti CGA.

Qualora l'assicurato manchi ingiustificatamente a una visita medica prescritta dall'assicuratore, quest'ultimo si riserva il diritto di fatturare all'assicurato l'onorario per la consultazione non rispettata.

9.5 Imposta alla fonte

Se vengono corrisposte al contraente prestazioni d'indennità da inoltrare all'assicurato, è il contraente a rispondere del conteggio e del versamento dell'imposta alla fonte ai sensi di legge.

10. Premi e pagamenti

10.1 Calcolo dei premi

10.1.1 Principio
L'assicuratore calcola i premi sulla base di metodi attuariali riconosciuti. Simili tariffazioni comprendono principi statistici e modelli attuariali di calcolo dei premi.

Nella tariffazione il premio di rischio è calcolato per una comunità di rischio (tipologie/attività aziendali dello stesso genere) in base al codice NOGA.

10.1.2 Premio di rischio per comunità di rischio
Il premio di rischio di una comunità di rischio (tipologie/attività aziendali dello stesso genere) viene ricalcolato di anno in anno.

10.1.3 Premio personale del contratto individuale
Il premio di rischio del contraente è calcolato in base all'appartenenza al settore (comunità di rischio), all'andamento dei sinistri individuale rilevato empiricamente, alla frequenza dei sinistri nonché alla composizione dell'effettivo (p. es. piramide delle età e sesso). Questi fattori possono essere ponderati in modo diverso.

10.1.4 Titolari d'azienda e loro famigliari
Per determinate persone, indicate nominalmente (ad es. il titolare dell'impresa e i suoi familiari), all'ingresso nell'assicurazione il premio viene aumentato una tantum di un supplemento d'età a partire dal 40o anno di età.

10.2 Somma salariale determinante
Determinante per il calcolo dei premi è la somma salariale lorda soggetta ad AVS degli assicurati. 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 assicurativa è stato convenuto 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 assicurativa.

I premi sono dovuti dal contraente in anticipo e vanno pagati entro il termine di scadenza indicato nella polizza assicurativa.

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 20 non danno luogo a pagamenti residuali o restituzioni. L'importo viene riportato nel computo successivo.

Se 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 stima.

Viene riscosso almeno il premio minimo concordato annualmente ai sensi della polizza assicurativa.

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

10.3.4 Rimborso dei premi
Qualora il premio sia stato pagato in anticipo per una determinata durata contrattuale e nel caso in cui il contratto di assicurazione si estinguesse 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, o non richiede più il pagamento dei premi che giungerebbero a scadenza in seguito.

Il premio per il periodo assicurativo in corso è interamente dovuto se il contraente disdice il contratto di assicurazione in caso di sinistro e al momento della cessazione il contratto di assicurazione è 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 14 giorni, l'assicuratore gli invia una diffida scritta invitandolo al pagamento dei premi non versati entro un termine di 14 giorni. La diffida segnala al contraente le conseguenze dell'inadempienza all'obbligo di pagamento.

Le spese di diffida e le spese amministrative supplementari causate dal ritardato pagamento vanno a carico del contraente.

Se, nonostante la diffida, 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 sinistri che si verificano durante il periodo di sospensione dell'obbligo di prestazione, il diritto alle prestazioni non si riattiva 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 o 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 al pagamento dei premi decade nella misura delle prestazioni erogate dal presente contratto.

Esclusi da questa regola sono gli assicurati con salario annuo fisso, indicati nella polizza assicurativa.

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

10.5 Garanzia di tasso del premio
L'assicuratore decide, in base a diverse caratteristiche di rischio (appartenenza al settore, dimensioni dell'azienda, andamento dei sinistri individuale rilevato empiricamente, ecc.) se concordare con il contraente una garanzia di tasso del premio per la durata contrattuale fissata.

Un simile accordo è visibile al contraente nella polizza come Condizione particolare.

10.6 Adeguamento dei premi
L'assicuratore può adeguare i premi in base all'andamento dei costi della comunità di rischio e all'andamento individuale dei sinistri del singolo contratto. È possibile che i premi vengano adeguati per via di una combinazione di entrambi i fattori.

10.6.1 In base all'andamento dei costi della comunità di rischio
Alla scadenza del contratto è possibile che i premi vengano adeguati per via dell'andamento generale dei costi di una comunità di rischio (tipologie/attività aziendali dello stesso genere) in base al codice NOGA.

L'adeguamento dei premi è inoltre consentito se al momento della modifica contrattuale, quest'ultimo, in base al codice NOGA, non corrisponde al tasso del premio di rischio predefinito per la comunità di rischio (tipologie/attività

aziendali dello stesso genere) ricalcolato annualmente. L'adeguamento è anche consentito per contratti senza sinistri o con un moderato numero di sinistri. In un caso simile viene al massimo aumentato il tasso del premio di rischio (tipologie/attività aziendali dello stesso genere).

10.6.2 Adeguamento conseguente all'andamento dei sinistri del contratto individuale rilevato empiricamente

Alla scadenza del contratto è possibile che i premi vengano adeguati se la somma delle prestazioni erogate per i sinistri verificatisi nel periodo di osservazione (incl. gli accantonamenti per i casi in corso) supera i premi di rischio del contratto individuale.

Il periodo di osservazione è determinante per la valutazione dell'andamento dei sinistri individuale rilevato empiricamente. Tale periodo comprende la durata contrattuale decorsa fino a quel momento, ma al massimo i sei anni precedenti l'adeguamento.

Alla determinazione della nuova entità del premio concorre anche l'andamento dei sinistri rilevato empiricamente, la frequenza dei sinistri nonché la composizione dell'effettivo di assicurati (ad es. struttura dell'età e sesso).

10.6.3 Termine di preavviso

Gli adeguamenti di premio vengono comunicati al contraente almeno 60 giorni prima della scadenza di un anno civile. Il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto di assicurazione entro la fine dell'anno in corso, con effetto al momento dell'entrata in vigore dell'adeguamento. In assenza di disdetta, l'adeguamento dei premi si ritiene accettato. Per il resto, gli accordi contrattuali e la durata del contratto di assicurazione restano invariati.

10.7 Aumento o diminuzione del rischio

Se sopraggiungono modifiche a uno dei fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (in particolare il tipo di attività dell'azienda assicurata o la professione/attività della persona assiurata) nell'arco della durata del contratto, il contraente è tenuto a comunicarlo immediatamente a ÖKK per iscritto.

In caso di aumento del rischio, ÖKK può applicare un corrispondente aumento del premio a partire dal momento in cui si è verificato l'aumento del rischio o disdire il contratto per iscritto entro quattro settimane dal ricevimento della comunicazione con un termine di preavviso di quattro settimane. A seguito dell'aumento del premio conseguente all'aumento del rischio, il contraente ha diritto a disdire il contratto per iscritto entro quattro settimane dal ricevimento della comunicazione. In entrambi i casi ÖKK ha diritto all'aumento del premio – sulla base del tariffario vigente – a partire dal momento in cui si è verificato l'aumento del rischio alla fine del contratto.

In caso di sostanziale diminuzione del rischio, il contraente è autorizzato a disdire il contratto per iscritto con un termine di preavviso di quattro settimane, o a esigere una riduzione del premio. Se ÖKK rifiuta la riduzione del premio o se il contraente non è d'accordo con la riduzione offerta, quest'ultimo è autorizzato a disdire il contratto per iscritto entro quattro settimane dal ricevimento della presa di posizione della compagnia di assicurazioni, con un termine di preavviso di quattro settimane.

10.8 Partecipazione alle eccedenze

È possibile pattuire una partecipazione alle eccedenze.

Se è stata pattuita una partecipazione alle eccedenze, 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 assicurativa.

Il conteggio è redatto non appena i premi relativi al periodo di conteggio sono stati versati ed i rispettivi sinistri conclusi. Le perdite non vengono riportate nel periodo di conteggio successivo.

Se a conteggio avvenuto vengono notificati casi di malattia e postumi 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.

10.9 Corresponsione delle prestazioni

10.9.1 Versamento delle indennità giornaliere per malattia e infortunio

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

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

10.9.2 Versamento dell'indennità di parto

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

10.9.3 Versamento dell'indennità di paternità

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

10.9.4 Compensazione

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

10.9.5 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.

10.9.6 Prescrizione

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

11. Coordinamento delle prestazioni

11.1 Riduzione delle prestazioni, sovraindennizzo e richiesta di rimborso

11.1.1 Principi per la riduzione delle prestazioni, il sovraindennizzo e la richiesta di rimborso

Se è un terzo a rispondere di un caso di malattia o infortunio notificato, per azione illecita, per contratto o per disposizione di legge, l'assicuratore integra le prestazioni successivamente, fino all'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata.

La riduzione può essere applicata sia alle prestazioni calcolate in base al salario assoggettato all'AVS che alle prestazioni basate su una somma salariale fissa.

I giorni con prestazioni ridotte rientrano nel calcolo della durata della prestazione e del periodo di carenza come se fossero giorni interi. Questo vale anche se la riduzione ha come conseguenza la mancata erogazione da parte dell'assicuratore.

Non esiste nessun obbligo a prestazioni nell'ambito del diritto alle prestazioni nei confronti di terzi.

11.1.2 Riduzioni nel settore delle assicurazioni sociali
Se l'obbligo di prestazione compete ad assicuratori sociali, le prestazioni d'indennità giornaliera assicurate vengono ridotte dell'importo delle prestazioni delle assicurazioni sociali (indennità giornaliere, rendite, ecc.).

L'assicurato è tenuto a cedere all'assicuratore eventuali diritti a pagamenti supplementari rivendicati all'assicurazione sociale (AMal, AInf, AI, AMil, AVS, AD, IPG, PP, LAFam, LAF, ecc.).

11.1.3 Riduzioni nel settore dell'assicurazione multipla
Se vi sono più assicuratori soggetti all'obbligo di prestazione, l'assicuratore è responsabile per il danno in base al rapporto tra la propria somma assicurata e l'importo complessivo delle somme assicurate.

Il contraente è obbligato a notificare immediatamente all'assicuratore eventuali assicurazioni d'indennità giornaliere attive o stipulate ex novo presso altre compagnie assicurative.

11.1.4 Risoluzione in caso di assicurazione multipla
Qualora nel momento in cui ha stipulato il secondo contratto il contraente non fosse al corrente che si veniva a creare un'assicurazione multipla, egli può risolvere detto contratto per iscritto entro le quattro settimane successive al momento in cui ha scoperto l'assicurazione multipla.

Se il contraente ha tralasciato intenzionalmente tale notifica o ha stipulato l'assicurazione multipla con il preciso scopo di trarne un vantaggio patrimoniale illegittimo, l'assicuratore non è vincolato contrattualmente nei confronti del contraente.

11.1.5 Sovraindennizzo
Se nonostante la possibilità di riduzione si verifica un sovraindennizzo, l'assicuratore può richiedere il rimborso delle prestazioni erogate in eccesso, ridurre le prestazioni future o compensarle direttamente con le prestazioni di assicuratori sociali. In particolare, l'assicuratore può chiedere il rimborso di prestazioni direttamente dall'assicurazione federale di invalidità.

Il limite del sovraindennizzo è dato dall'entità dell'indennità giornaliera assicurata.

11.1.6 Rinuncia alle prestazioni
Se un assicurato, senza il consenso dell'assicuratore, rinuncia totalmente o parzialmente a prestazioni di terzi, l'obbligo di prestazione viene meno. Si considera rinuncia anche la capitalizzazione di un diritto a prestazioni.

11.2 Anticipo di prestazioni e rivalsa
Nel rapporto verso terzi l'assicuratore può erogare prestazioni anticipate. Condizione per poterlo fare è che l'assicurato 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.

11.3 Sovraindennizzo
11.3.1 Somma salariale AVS
Al contraente e all'assicurato non può derivare alcun utile dalle prestazioni dell'assicuratore, di terzi e dalle assicurazioni sociali. In caso di sovrassicurazione, le prestazioni vengono ridotte in maniera corrispondente. Prestazioni corrisposte in eccesso vanno restituite.

Giorni con prestazioni d'indennità giornaliera ridotte, nel calcolo della durata delle prestazioni e del periodo di carenza, vengono considerati come giorni interi.

11.3.2 Somma salariale fissa
L'entità delle prestazioni corrisponde all'ammontare dell'indennità giornaliera concordata. Le prestazioni a carico degli assicuratori sociali (AMal, AInf, AI, AM, AVS, AD, IPG, PP, LAFam, LAF, ecc.) vengono conteggiate.

12. Protezione dei dati
12.1 Principio
Il trattamento dei dati degli assicurati fa riferimento alle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione e della Legge federale sulla protezione dei dati.

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. In 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 dell'assicurato.

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
Le comunicazioni dell'assicuratore all'assicurato o al contraente avvengono in maniera legalmente valida, in forma scritta.

Le 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.

Nonostante nelle presenti CGA si esiga la forma scritta, è sufficiente ogni forma testuale che permetta di ricostruire gli eventi.

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 dell'assicurato, presso il suo luogo di lavoro in Svizzera, o presso la sede legale dell'assicuratore.

ÖKK

0800 822 022
aziende@oekk.ch
oekk.ch

ÖKK340i/01.24