

ASSICURAZIONE COLLETTIVA D'INDENNITÀ GIORNALIERA

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA) AI SENSI DELLA LCA.

Edizione 2022

SOMMARIO.

INFORMAZIONE PER I CLIENTI.

La sua assicurazione d'indennità giornaliera per malattia in sintesi4

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE PER L'ASSICURAZIONE COLLETTIVA D'INDENNITÀ GIORNALIERA AI SENSI DELLA LCA.

I. Basi	7
Art. 1 Basi del contratto.....	7
II. Validità dell'assicurazione	7
Art. 2 Principio.....	7
Art. 3 Contraente dell'assicurazione, persona assicurata, azienda assicurata.....	7
Art. 4 Inizio, durata e fine del contratto d'assicurazione	7
Art. 5 Disdetta in caso di malattia	8
Art. 6 Validità territoriale	8
Art. 7 Definizioni	8
III. Prestazioni assicurate	9
Art. 8 Contenuto.....	9
Art. 9 Esclusioni e riduzioni	9
Art. 10 Persone assicurate	9
Art. 11 Inizio e fine della copertura assicurativa	9
Art. 12 Diritto di passaggio nell'assicurazione individuale	10
Art. 13 Diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera	10
Art. 14 Inizio delle prestazioni e termine d'attesa	11
Art. 15 Ricaduta	11
Art. 16 Durata delle prestazioni	11
Art. 17 Prestazioni di terzi	11
Art. 18 Calcolo delle prestazioni.....	12
Art. 19 Indennità per parto	13

IV. Obblighi di comportamento	13
Art. 20 Termine per la notifica di una malattia.....	13
Art. 21 Obblighi del contraente dell'assicurazione, risp. dell'avente diritto	13
Art. 22 Ricorso a personale medico riconosciuto	13
Art. 23 Obbligo della riduzione del danno	14
Art. 24 Conseguenze dell'inosservanza degli obblighi di comportamento	14
Art. 25 Imposte alla fonte.....	14
Art. 26 Compensazione e richiesta di restituzione	14
Art. 27 Costituzione in pegno e cessione	14
V. Premi	14
Art. 28 Calcolo dei premi	14
Art. 29 Conteggio dei premi	14
Art. 30 Pagamento dei premi.....	15
Art. 31 Adeguamento dei premi.....	15
VI. Partecipazione alle eccedenze	16
Art. 32 Principio	16
Art. 33 Calcolo della partecipazione alle eccedenze	16
VII. Disposizioni complementari per l'assicurazione infortuni	16
Art. 34 Contenuto	16
VIII. Trattamento dei dati	17
Art. 35 Trattamento dei dati da parte di SWICA.....	17
IX. Disposizioni finali	18
Art. 36 Comunicazioni	18
Art. 37 Interpretazione	18
Art. 38 Diritto applicabile e foro competente	18

CONDIZIONI PARTICOLARI D'ASSICURAZIONE (CPA) PER L'INDUSTRIA ALBERGHIERA E DELLA RISTORAZIONE.

Art. 1 Persone assicurabili	19
Art. 2 Persone non assicurabili	19
Art. 3 Ammissione nell'assicurazione.....	19
Art. 4 Guadagno assicurato.....	19
Art. 5 Periodo d'attesa e ricaduta.....	20
Art. 6 Durata del diritto alle prestazioni in caso di malattia o d'infortunio	20
Art. 7 Prestazioni all'estero.....	20
Art. 8 Incasso dei premi	20
Art. 9 Cambiamento di esercizio.....	20
Art. 10 Passaggio dell'incasso dei premi da GastroSocial a SWICA	20
Art. 11 Rispetto del CCNL	20

INFORMAZIONE PER I CLIENTI.

LA SUA ASSICURAZIONE D'INDENNITÀ GIORNALIERA PER MALATTIA IN SINTESI

Gentile signora, egregio signore

Il presente documento regola le condizioni dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia di SWICA. Nell'introduzione sono illustrati in sintesi gli aspetti più importanti dell'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia. Le presenti informazioni per i clienti non sono giuridicamente vincolanti, determinanti sono le seguenti Condizioni generali d'assicurazione. Se oltre alle presenti Condizioni generali d'assicurazione, per l'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia secondo la LCA valgono Condizioni particolari d'assicurazione supplementari, le informazioni specifiche per i clienti possono essere reperite in tale documento.

Chi è l'assicuratore?

SWICA Assicurazione malattia SA,
Römerstrasse 38, 8401 Winterthur.

Chi è assicurato?

Sono assicurati le persone, risp. i gruppi di persone indicati sulla polizza.

Non sono assicurate le persone che hanno compiuto il 70° anno d'età.

Che cosa è assicurato?

Sono assicurate le malattie che comportano come conseguenza una inabilità lavorativa di almeno il 25 per cento (articolo 13). I danni alla salute dovuti a gravidanza o parto sono equiparati a malattia.

La ricomparsa di una malattia è considerata ricaduta. Questa è considerata come nuovo caso di malattia solo se la persona assicurata, prima del verificarsi della nuova inabilità, era stata completamente abile al lavoro nell'ambito del suo grado d'occupazione per un periodo ininterrotto di almeno 365 giorni (articolo 15).

Che cosa non è assicurato?

- › Le malattie in corso al momento dell'entrata in servizio nell'azienda assicurata o alla data d'inizio del contratto d'assicurazione e che comportano un'inabilità al lavoro (restano riservate le disposizioni sul libero passaggio tra assicuratori d'indennità giornaliera);
- › gli infortuni;
- › le malattie professionali e le lesioni corporali parificabili alle conseguenze di un infortunio che sono già assicurate secondo LAINF;
- › le malattie conseguenti a eventi bellici o atti terroristici o conseguenti alla partecipazione agli stessi;
- › danni alla salute in seguito a radiazioni ionizzanti.

Quali prestazioni sono coperte dall'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia?

- › Indennità giornaliera in caso d'inabilità al lavoro di almeno il 25 per cento (articolo 13);
 - › indennità di parto a complemento dell'indennità di maternità stabilita dalla legge (articolo 19).
- Le singole prestazioni sono indicate nella polizza.

Quali condizioni devono essere adempiute per percepire delle prestazioni?

- › L'inabilità lavorativa deve essere certificata da un medico (articolo 13, cpv. 1).
- › L'inabilità lavorativa deve essere almeno del 25 per cento (articolo 13, cpv. 2).
- › Deve essere trascorso il periodo d'attesa (articolo 14, cpv. 1).

Come sono calcolate le prestazioni?

Per il calcolo dell'indennità giornaliera è determinante l'ultimo salario AVS percepito nell'azienda assicurata prima dell'inizio della malattia (comprendente gli assegni familiari accordati per i figli, per la formazione o per l'economia domestica in uso secondo le disposizioni locali o del settore) (articolo 18).

Se per le persone indicate nominalmente sulla polizza è stato concordato un guadagno annuo, fa stato tale importo. Un guadagno annuo concordato vale quale assicurazione contro i danni.

Il salario è calcolato su un anno intero e quindi diviso per 365.

Il guadagno annuo assicurabile per persona è limitato a 250000 franchi, restano riservati accordi in deroga e specificati sulla polizza. Nel computo vengono considerate eventuali prestazioni di terzi, ad esempio le prestazioni versate dall'Al.

Per quanto tempo viene corrisposta l'indennità giornaliera?

La durata delle prestazioni è indicata nella polizza. In età AVS, l'indennità giornaliera è accordata al massimo per 180 giorni per tutti i casi assicurativi in corso e nuovi insieme. Con il compimento dei 70 anni d'età si estingue qualsiasi diritto alle prestazioni assicurate (articolo 16, cpv. 3).

Come è regolato il passaggio nell'assicurazione individuale?

Le persone che escono dall'azienda assicurata possono passare nell'assicurazione individuale, entro 90 giorni e senza esame dello stato di salute (articolo 12).

Non sussiste alcun diritto di passaggio nell'assicurazione individuale per le persone:

- › che passano ad un'altra assicurazione d'indennità giornaliera per malattia;
- › che hanno raggiunto la durata massima delle prestazioni convenute per questa assicurazione;
- › che hanno un contratto di lavoro a termine di tre mesi o meno;
- › che sono occupate occasionalmente quale personale avventizio;

- › che sono domiciliate fuori dalla Svizzera e dal Principato del Liechtenstein;
- › che hanno raggiunto l'età ordinaria di pensionamento AVS;
- › che hanno concordato un salario annuo fisso;
- › che non sono più assicurate per violazione dell'obbligo di denuncia (disdetta del contratto o esclusione);
- › in caso di tentato o compiuto abuso ai danni dell'assicurazione.

Come si calcola il premio?

Il premio si calcola sulla base del tasso di premio indicato sulla polizza e la somma salariale assicurata.

Se viene concordato un premio anticipato, alla fine dell'anno SWICA comunica il premio definitivo. Una eventuale differenza sarà rimborsata o fatturata. Se è stato concordato un premio forfettario, si rinuncia a questa procedura di conteggio. SWICA adegua di conseguenza il premio anticipato per l'anno seguente.

SWICA può chiedere un adeguamento dei tassi di premio a decorrere dal successivo anno d'assicurazione (adeguamento all'evoluzione delle prestazioni o in caso di modifica della tariffa di premio). Per questo, SWICA informa il contraente dell'assicurazione al più tardi 30 giorni prima della scadenza del nuovo premio. Il contraente dell'assicurazione, in tal caso, ha il diritto di disdire il contratto.

Quali sono gli obblighi del contraente dell'assicurazione?

Il contraente dell'assicurazione:

- › paga puntualmente i premi e dichiara l'ammontare effettivo dei salari per il calcolo del premio definitivo (articoli 29 e 30);
- › informa gli assicurati in merito alla copertura delle singole assicurazioni;
- › informa gli assicurati sui loro obblighi di comportamento in caso di malattia (articoli 21–23);
- › informa gli assicurati, in caso di uscita dall'azienda, sulla possibilità di far valere il diritto di passaggio nell'assicurazione individuale (articolo 12);
- › notifica tempestivamente a SWICA eventuali casi di malattia (articolo 20);
- › consente a SWICA, su richiesta, di prendere visione dei libri paga e della documentazione relativa alla dichiarazione AVS (articolo 29);
- › informa le persone assicurate in merito al trattamento dei dati.

Quali sono gli obblighi dell'assicurato in caso di prestazioni?

L'assicurato in caso di malattia deve:

- › informare immediatamente il datore di lavoro;
- › provvedere ad una cura medica adeguata;
- › osservare le prescrizioni del medico;
- › sottoporsi a una visita medica o una perizia da parte di medici incaricati da SWICA;
- › notificare tempestivamente all'assicurazione disoccupazione, risp. all'assicurazione invalidità un presumibile diritto alle prestazioni;
- › liberare dal segreto professionale nei confronti di SWICA i medici curanti come pure i medici che in precedenza lo hanno avuto in cura;
- › fornire a SWICA, su richiesta, qualsiasi altra informazione (ad es. certificati medici, perizie, certificati di salario), dare indicazioni su prestazioni di terzi e autorizzare SWICA a prendere visione degli atti ufficiali o della documentazione di terzi (ad es. AVS, datore di lavoro, altri assicuratori).

Qual è la durata del contratto?

La durata del contratto è indicata sulla polizza. Al termine della sua durata, il contratto si prolunga automaticamente ogni volta di un anno, se non è stato disdetto da una delle parti con un preavviso di tre mesi.

Il contraente dell'assicurazione può disdire il contratto anche durante un caso di malattia assicurato – senza influire sul caso in corso.

Come partecipa il contraente dell'assicurazione al buon andamento del contratto?

Se l'assicurazione è stata stipulata con la partecipazione alle eccedenze, il contraente dell'assicurazione riceve, ogni volta dopo tre anni completi e successivi d'assicurazione, una partecipazione sulle eventuali eccedenze derivanti dal suo contratto.

L'eccedenza si calcola con la seguente formula:

$(\text{Premio annuo} \times \text{quota di premio} - \text{spese per i sinistri}) \times \text{quota di partecipazione alle eccedenze}$

La quota di premio e di partecipazione alle eccedenze sono indicate sulla polizza.

Quali dati vengono elaborati?

Nell'ambito della stipulazione e dell'esecuzione del contratto, SWICA viene a conoscenza dei seguenti dati:

- › dati del cliente (nome, indirizzo, data di nascita, sesso, coordinate bancarie, ecc.), registrati nelle banche dati clienti elettroniche;
- › dati della proposta (risposte alle domande contenute nella proposta, dati sullo stato di salute, rapporti medici, indicazioni di assicuratori precedenti sull'andamento dei sinistri);
- › dati del contratto (durata, prestazioni assicurate, somme salariali, ecc.), salvati in sistemi di gestione dei contratti come in dossier fisici delle polizze;
- › dati sui pagamenti (data di entrata dei premi, premi arretrati, diffide, accrediti, ecc.), salvati in banche dati incasso;
- › eventuali dati sulle prestazioni (notifiche di malattia e infortunio delle persone assicurate, rapporti di chiarimento, giustificativi di fatture, ecc.), salvati in dossier fisici delle prestazioni e in sistemi di applicazioni elettroniche delle prestazioni.

Questi dati servono per esaminare e valutare i rischi, gestire il contratto e sbrigare correttamente i casi di prestazioni. SWICA conserva i dati dei casi per almeno dieci anni a partire dalla data di liquidazione del caso, tutti gli altri dati sono conservati per almeno dieci anni dalla risoluzione del contratto.

Se necessario, i dati vengono trasmessi a terzi coinvolti, in particolare agli altri assicuratori coinvolti, i creditori pignoratizi, alle autorità, ai legali e a periti esterni. I dati possono essere trasmessi anche allo scopo di individuare o evitare eventuali frodi assicurative. Con il consenso del contraente dell'assicurazione o degli assicurati, SWICA può chiedere e trasmettere informazioni pertinenti ad autorità, assicuratori privati e sociali come pure a medici e ospedali.

Le società dell'Organizzazione sanitaria SWICA si garantiscono reciprocamente il diritto di consultare i dati di base dei clienti (allo scopo d'identificare il cliente) e i dati contrattuali di base (eccetto i dati della proposta e quelli relativi ai sinistri) per snellire il lavoro amministrativo e per finalità di marketing.

Importante!

Ulteriori informazioni si trovano nell'offerta, nella proposta, nella polizza, nelle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) e nelle Condizioni particolari d'assicurazione (CPA).

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE PER L'ASSICURAZIONE COLLETTIVA D'INDENNITÀ GIORNALIERA AI SENSI DELLA LCA.

I. BASI

L'assicuratore è SWICA Assicurazione malattia SA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, in seguito detto SWICA. Il competente ufficio di assistenza è indicato sulla polizza d'assicurazione. Per domande generali contattateci al numero di telefono gratuito 0800 80 90 80 oppure inviateci una e-mail a swica@swica.ch

ART. 1 BASI DEL CONTRATTO

Le basi del presente contratto d'assicurazione sono:

- a) la polizza;
- b) le presenti Condizioni generali d'assicurazione come pure eventuali «Condizioni particolari» e appendici;
- c) la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) per i fatti che non sono regolati secondo le lett. a) e b);
- d) tutti gli accordi contrattuali esistenti per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo tra SWICA e il contraente¹ dell'assicurazione o la persona assicurata.

II. VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE

ART. 2 PRINCIPIO

1. Il contratto può comprendere le seguenti assicurazioni:
 - a) indennità giornaliera in caso di malattia per il titolare dell'azienda, i suoi familiari occupati nell'azienda e il personale dipendente;
 - b) indennità giornaliera in caso d'infortunio per il titolare dell'azienda ed i suoi familiari occupati nell'azienda;
 - c) indennità di parto per il titolare dell'azienda, i suoi familiari occupati nell'azienda e il personale dipendente.

2. Le persone assicurate e le prestazioni assicurate sono indicate sulla polizza.
3. L'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia è un'assicurazione contro i danni.

ART. 3 CONTRAENTE DELL'ASSICURAZIONE, PERSONA ASSICURATA, AZIENDA ASSICURATA

1. Il contraente dell'assicurazione è la persona fisica o giuridica che ha stipulato il contratto d'assicurazione.
2. La persona assicurata è la persona singola che beneficia della copertura assicurativa (ad es. titolare dell'azienda, collaboratore).
3. Le aziende assicurate sono citate sulla polizza. Coassicurate sono tutte le sedi e succursali del contraente dell'assicurazione in Svizzera, se non altrimenti specificato sulla polizza.

ART. 4 INIZIO, DURATA E FINE DEL CONTRATTO D'ASSICURAZIONE

1. L'inizio e la fine del contratto d'assicurazione sono indicati sulla polizza.
2. Fino alla consegna della polizza o a una conferma definitiva di copertura, SWICA può rifiutare la proposta per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo. In caso di rifiuto, la copertura assicurativa si estingue tre giorni dopo la ricezione della comunicazione da parte del contraente dell'assicurazione. Il premio è dovuto proporzionalmente.

¹ Per una migliore leggibilità, in questo documento viene utilizzata solo la forma maschile. Questo vale per tutti i termini specifici di genere nel documento.

3. Al termine della sua durata, il contratto si prolunga automaticamente ogni volta di un anno. Ambedue i partner contrattuali possono sciogliere il contratto ogni volta alla sua scadenza, rispettando un termine di disdetta di tre mesi. La disdetta deve avvenire per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo. Se è stato concluso per una durata inferiore ad un anno, il contratto si estingue senza disdetta alla scadenza indicata sulla polizza.
4. Altri motivi per la fine del contratto sono:
 - a) la cessazione di attività del contraente dell'assicurazione;
 - b) il trasferimento della sede dell'azienda all'estero;
 - c) l'apertura del fallimento a carico del contraente dell'assicurazione (salvo se un terzo – ad es. l'esecutore fallimentare – continua a pagare i premi assicurativi);
 - d) il venir meno del rischio.

ART. 5 DISDETTA IN CASO DI MALATTIA

1. Il contraente dell'assicurazione può disdire il contratto tramite lettera raccomandata, dopo ogni caso di malattia e precisamente entro 14 giorni dal momento in cui prende conoscenza del versamento delle prestazioni di SWICA, risp. avrebbe dovuto prenderne conoscenza. Il contratto si estingue nel momento in cui SWICA riceve la disdetta.
2. SWICA rinuncia al diritto di disdetta in caso di malattia, tranne in caso di reticenza o di frode assicurativa tentata o compiuta.

ART. 6 VALIDITÀ TERRITORIALE

1. Per il contraente dell'assicurazione con sede aziendale in Svizzera, l'assicurazione vale in tutto il mondo. Per le persone assicurate che vengono distaccate al di fuori della Svizzera e del Principato del Liechtenstein, l'assicurazione si estingue 24 mesi dopo l'inizio del soggiorno all'estero. L'assicurazione può essere prolungata su richiesta se le persone continuano ad essere coperte dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni in Svizzera (LAINF) o nel Principato del Liechtenstein (OUFL).
2. Per gli assicurati ammalati valgono inoltre le disposizioni dell'art. 13, cpv. 6 e 7.

ART. 7 DEFINIZIONI

1. È considerata **malattia** qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro (art. 3, LPGA).
2. 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 esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale (art. 6 LPGA). Dopo tre mesi d'incapacità al lavoro saranno prese in considerazione anche le mansioni ragionevolmente esigibili in un'altra professione o campo d'attività.
3. È considerata **incapacità al guadagno** la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 LPGA).
4. In merito ai concetti **di medico, personale sanitario** e **stabilimenti di cura** valgono le disposizioni della LAINF.
5. **LAVS** Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (SR 831.10)
LPGA Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (SR 830.1)
CGA Condizioni generali d'assicurazione
LADI Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (SR 837.00)
LPP Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (SR 831.40)
LAI Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (SR 831.20)
LAM Legge federale sull'assicurazione militare (SR 833.10)
CO Legge federale di complemento del Codice civile svizzero (Libro quinto: Diritto delle obbligazioni) (SR 220)
LAINF Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (SR 832.20)
LCA Legge federale sul contratto d'assicurazione (Legge sul contratto d'assicurazione) (SR 221.299.1)

III. PRESTAZIONI ASSICURATE

ART. 8 CONTENUTO

SWICA accorda la copertura assicurativa per le conseguenze economiche di un'inabilità al lavoro determinata da malattia o dal parto, nell'ambito delle prestazioni concordate.

ART. 9 ESCLUSIONI E RIDUZIONI

1. Non sono assicurati:
 - a) le malattie già esistenti al momento dell'entrata in servizio nell'azienda o alla data d'inizio dell'assicurazione, nella misura in cui esse comportano un'inabilità al lavoro, risp. incapacità al guadagno nell'ambito del grado d'impiego dell'assicurato; è fatto salvo l'obbligo di continuazione dell'assicurazione da parte di SWICA in virtù della convenzione di libero passaggio tra gli assicuratori;
 - b) le malattie che sono a carico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF);
 - c) gli infortuni, se non è assicurata una indennità giornaliera d'infortunio;
 - d) le malattie conseguenti a radiazioni ionizzanti o i danni causati dall'energia nucleare. Sono assicurati per contro i danni alla salute causati da trattamenti di radioterapia prescritti da un medico per una malattia assicurata.
 - e) le malattie conseguenti a eventi bellici e atti terroristici. Se tuttavia la persona assicurata viene sorpresa dallo scoppio di eventi bellici mentre soggiorna all'estero, la copertura assicurativa si estingue 14 giorni dopo l'inizio delle ostilità.
2. Se i danni alla salute sono attribuibili solo parzialmente a malattie assicurate, le prestazioni saranno definite sulla base di una perizia medica in modo proporzionale alle singole cause.
3. La perdita di ore lavorative a causa di visite mediche ambulatoriali o trattamenti non dà diritto ad indennità giornaliera.
4. Nel caso di malattie dovute a negligenza grave, SWICA rinuncia a ridurre le prestazioni.

ART. 10 PERSONE ASSICURATE

1. Sono assicurati i gruppi di persone e le persone che figurano sulla polizza, che lavorano alle dipendenze dell'azienda assicurata e non hanno ancora compiuto 70 anni. Il personale messo a disposizione da parte di aziende terze non è assicurato.
2. Sono coassicurati:
 - ▶ le persone citate nominalmente sul contratto e che lavorano nell'azienda, ma non figurano nella contabilità dei salari (coniuge, figli, genitori);
 - ▶ il personale domestico del titolare dell'azienda.

ART. 11 INIZIO E FINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

1. La copertura assicurativa inizia per il singolo assicurato il giorno in cui entra in vigore il suo contratto di lavoro con l'azienda assicurata, ma al più presto alla data d'inizio del contratto indicata nel contratto stesso. L'assicurazione entra in vigore soltanto quando la persona parzialmente o totalmente inabile al lavoro è nuovamente abile al lavoro conformemente al suo grado d'occupazione. Le persone non completamente abili al lavoro sono assicurate solo nel quadro della loro capacità lavorativa residua.
2. Per le persone definite per nome e per le quali viene concordato un guadagno annuo è richiesto un esame dello stato di salute. SWICA conferma l'inizio e l'estensione della copertura assicurativa per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.
3. Per la persona assicurata, la copertura assicurativa si estingue:
 - a) con l'uscita dall'azienda assicurata;
 - b) con la fine del contratto d'assicurazione;
 - c) con il compimento del 70° anno d'età;
 - d) per le persone dislocate fuori dalla Svizzera e dal Principato del Liechtenstein, dopo 24 mesi dall'inizio del soggiorno all'estero. Se la copertura assicurativa viene prolungata (secondo l'art. 6), la copertura assicurativa si estingue quando termina quella dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni in Svizzera (LAINF) o nel Principato del Liechtenstein (OUFL).
 - e) con l'esaurimento del diritto alle prestazioni;
 - f) se l'obbligo di prestazioni è sospeso perché il contraente dell'assicurazione è in mora con i pagamenti.

ART. 12 DIRITTO DI PASSAGGIO NELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE

1. Nel caso di uscita dalla cerchia delle persone assicurate o di conclusione del contratto d'assicurazione, le persone assicurate e domiciliate in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein, hanno diritto al passaggio nell'assicurazione individuale. Il diritto di passaggio deve essere fatto valere per scritto entro 90 giorni.
2. Il contraente dell'assicurazione è tenuto ad informare per scritto la persona assicurata sul diritto al passaggio nell'assicurazione individuale e sul termine di 90 giorni. L'informazione deve avvenire in forma scritta al più tardi il giorno in cui la persona assicurata lascia l'azienda assicurata.
3. L'assicurazione individuale inizia un giorno dopo l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate, risp. dopo la fine del contratto d'assicurazione.
4. In caso di passaggio vengono accordate le prestazioni d'assicurazione precedenti, a condizione che esse siano adeguate alla nuova situazione. Determinante è l'ultimo salario assicurato. L'indennità giornaliera può corrispondere al massimo all'indennità di disoccupazione che sarebbe percepita. Su richiesta dell'assicurato il periodo d'attesa può essere prolungato o abbreviato. Il periodo d'attesa non può essere ridotto a meno di 30 giorni. Fanno stato le condizioni e le tariffe dell'assicurazione individuale in vigore al momento del passaggio. Ai fini della prosecuzione dell'assicurazione sono determinanti l'età e lo stato di salute al momento dell'ammissione nell'assicurazione collettiva. Eventuali riserve (esclusioni dalle prestazioni) vengono riprese.
5. Non sussiste alcun diritto di passaggio:
 - a) in caso di cambiamento del posto di lavoro e di passaggio all'assicurazione d'indennità giornaliera del nuovo datore di lavoro, se in base alla convenzione di libero passaggio il nuovo assicuratore deve garantire la continuazione della copertura assicurativa;
 - b) in caso di disdetta dell'assicurazione e prosecuzione con un altro assicuratore per la medesima cerchia di persone;
 - c) per persone che hanno un contratto di lavoro a termine di tre mesi o meno come pure se sono occupate occasionalmente quale personale avventizio;
 - d) per i lavoratori indipendenti e/o i famigliari che collaborano con loro ma che non percepiscono un salario in contanti e non pagano i contributi AVS;

- e) per persone che hanno raggiunto l'età ordinaria di pensionamento AVS o dal momento in cui percepiscono una rendita di vecchiaia AVS;
 - f) se è stata raggiunta la durata massima delle prestazioni nell'assicurazione collettiva;
 - g) se l'accordo di copertura era a termine e non entra in vigore alcun contratto d'assicurazione;
 - h) in caso di disdetta o esclusione per violazione dell'obbligo di denuncia;
 - i) in caso di frode assicurativa tentata o compiuta.
6. Se al momento in cui lascia l'azienda assicurata, la persona assicurata è inabile al lavoro, tutte le prestazioni sono addebitate all'assicurazione collettiva. Lo stesso vale se la persona assicurata, entro 180 giorni dalla sua entrata nell'assicurazione individuale, ha una ricaduta per una malattia che ha necessitato di cure già durante l'appartenenza al contratto collettivo.

ART. 13 DIRITTO ALLE PRESTAZIONI D'INDENNITÀ GIORNALIERA

1. Deve sussistere una perdita di guadagno verificabile.
2. Se la persona assicurata, secondo l'attestazione di un medico, è inabile al lavoro, SWICA corrisponde per una inabilità lavorativa completa l'indennità giornaliera stabilita per contratto fino al massimo della perdita di guadagno dimostrabile.
3. In caso di parziale inabilità al lavoro pari almeno al 25 per cento, l'indennità giornaliera viene accordata in proporzione al grado d'inabilità lavorativa.
4. Se l'assicurato è da considerarsi disoccupato ai sensi dell'art. 10 LADI, SWICA corrisponde le prestazioni fino a concorrenza dell'indennità di disoccupazione persa, come segue:
 - a) in caso d'inabilità al lavoro superiore al 25 per cento, la metà dell'indennità giornaliera;
 - b) in caso d'inabilità al lavoro superiore al 50 per cento, l'intera indennità giornaliera.
5. SWICA non corrisponde l'indennità giornaliera di malattia:
 - a) se la persona assicurata percepisce prestazioni dall'assicurazione federale o cantonale per indennità di maternità o da un'assicurazione privata per indennità giornaliera di maternità;
 - b) dopo ogni parto che avviene dopo il 6° mese di gravidanza, per il tempo in cui la legge vieta il lavoro dopo il parto.

6. Per gli stranieri senza permesso di domicilio o di dimora in Svizzera, che soggiornano all'estero, il diritto alle prestazioni decade al momento in cui cessa l'obbligo legale di versamento del salario da parte del datore di lavoro. Fanno eccezione i soggiorni all'estero su incarico del datore di lavoro. Per i frontalieri provenienti da uno stato UE/AELS con il relativo permesso di frontaliere (permesso G) queste limitazioni valgono solo fuori dal loro domicilio in uno stato UE/AELS e immediati dintorni.
7. Se una persona assicurata inabile al lavoro si reca all'estero senza l'approvazione di SWICA, non può rivendicare nessuna pretesa di prestazioni durante il tempo del soggiorno all'estero.

ART. 14 INIZIO DELLE PRESTAZIONI E TERMINE D'ATTESA

1. Se la persona assicurata diventa inabile al lavoro e la sua inabilità lavorativa dura oltre il periodo d'attesa concordato, SWICA paga per l'ulteriore durata dell'inabilità lavorativa l'indennità giornaliera assicurata fino al massimo della perdita di guadagno attestata.
2. Il periodo d'attesa inizia il primo giorno in cui viene attestata dal medico un'incapacità lavorativa di almeno il 25 per cento, ma al più presto tre giorni prima dell'inizio della cura medica. Per il calcolo del termine d'attesa, i giorni in cui l'incapacità lavorativa parziale è pari almeno al 25 per cento contano come giorni interi.

ART. 15 RICADUTA

1. La ricomparsa di una malattia è considerata ricaduta. Questa è considerata come nuovo caso di malattia solo se la persona assicurata, prima del verificarsi della nuova inabilità, era stata completamente abile al lavoro nell'ambito del suo grado d'occupazione per un periodo ininterrotto di almeno 365 giorni.
2. I giorni d'inabilità lavorativa di almeno il 25 per cento da periodi d'inabilità lavorativa precedenti, in caso di ricaduta, sono considerati come segue:
 - a) in caso di copertura assicurativa preesistente i giorni sono calcolati sulla durata delle prestazioni come pure sul termine d'attesa;
 - b) se la copertura assicurativa è mancante, i giorni sono calcolati solo sulla durata delle prestazioni.
3. Ricadute dopo l'estinzione della copertura dell'assicurazione collettiva sono assicurate solo nell'ambito dell'importo d'indennità giornaliera assicurato presso l'assicurazione individuale d'indennità giornaliera esistente presso SWICA.

ART. 16 DURATA DELLE PRESTAZIONI

1. L'indennità giornaliera è accordata al massimo per la durata stabilita per contratto. Il termine d'attesa viene conteggiato sulla durata delle prestazioni.
2. Se durante un caso di malattia subentra un'ulteriore malattia, i giorni di diritto alle prestazioni del primo caso sono conteggiati sulla durata delle prestazioni.
3. Se al momento del raggiungimento dell'età ordinaria AVS sussiste un'incapacità al lavoro, il diritto alle prestazioni si estingue, a meno che la persona assicurata dimostri che – se non fosse venuta meno la capacità lavorativa – il rapporto di lavoro sarebbe proseguito. Dopo l'età di pensionamento ordinaria AVS, l'indennità giornaliera viene versata per una durata massima di 180 giorni per tutti i casi d'assicurazione attuali e futuri, ma al massimo fino al compimento del 70° anno d'età.
4. I giorni d'inabilità parziale di almeno il 25 per cento contano quali giorni interi per il calcolo della durata delle prestazioni.
5. Con l'estinzione della copertura assicurativa SWICA paga l'indennità giornaliera per malattie che si sono manifestate durante la validità del contratto, fino a quando la persona assicurata riprende almeno ad essere abile al lavoro o al guadagno al 75 per cento e al massimo fino al termine della durata delle prestazioni stabilita per contratto.
6. Se, dopo l'esaurimento della durata delle prestazioni concordata, subentra una nuova malattia, per questa esiste una copertura assicurativa solo se la persona assicurata ha prima riacquisito completamente o parzialmente la sua capacità lavorativa e solo nella misura dell'inabilità lavorativa causata dalla nuova malattia.
7. Se il diritto a prestazioni secondo il cpv. 1 è esaurito e subentra una ricaduta secondo l'art. 15, cpv. 1, SWICA accorda l'indennità giornaliera al massimo fino a quando sussiste l'obbligo al pagamento continuato del salario da parte del datore di lavoro secondo l'art. 324a CO.

ART. 17 PRESTAZIONI DI TERZI

1. Se per la sua malattia l'assicurato riceve prestazioni di un'assicurazione statale o aziendale, oppure da un terzo responsabile, al termine del periodo d'attesa SWICA integra tali prestazioni fino a concorrenza dell'indennità giornaliera assicurata. Per il calcolo della durata delle prestazioni e del periodo d'attesa, i giorni con prestazioni ridotte in ragione delle prestazioni corrisposte da terzi contano come giorni interi. Queste disposizioni valgono pure per gli istituti assicurativi di uguale natura con sede nel Principato del Liechtenstein o in altri Stati esteri.

2. Per tutto il tempo in cui l'assicurato, in base alla legislazione cantonale o federale, ha diritto agli assegni famigliari, l'obbligo di prestazione per gli assegni famigliari da parte di SWICA è sospeso.
3. SWICA corrisponde in forma di prestazioni anticipate volontarie, al posto di un terzo responsabile, l'indennità giornaliera a copertura della perdita di guadagno solo se l'assicurato o l'avente diritto alle prestazioni ci rilascia per scritto la cessione delle sue pretese fino a concorrenza delle nostre prestazioni.
4. Se il diritto all'indennità giornaliera o a una rendita di un'assicurazione statale o aziendale non è ancora stato definito, SWICA può anticipare in via facoltativa l'indennità giornaliera assicurata. In questo caso, a decorrere dall'inizio del diritto a una rendita, SWICA esigerà il rimborso delle prestazioni erogate in eccesso da parte della persona assicurata. L'eventuale anticipo di prestazioni è perciò espressamente associato alla riserva di conteggio di compensazione con le prestazioni dell'AI o la pretesa di restituzione d'indennità giornaliera o rendite di altre assicurazioni statali o aziendali. La domanda di rimborso o di compensazione avviene per un ammontare equivalente alla rendita AI, risp. indennità giornaliera o rendita di un'altra assicurazione statale o aziendale assegnata per lo stesso periodo e può avvenire senza una delega supplementare da parte della persona assicurata. La persona assicurata cede a SWICA le sue pretese nei confronti di altri assicuratori fino a concorrenza delle prestazioni anticipate da SWICA.
5. Se a copertura della perdita di guadagno esistono più assicurazioni da società autorizzate, la perdita di guadagno assicurata da questo contratto viene garantita solo in rapporto proporzionale alle prestazioni garantite da tutti gli assicuratori interessati. Questa disposizione non viene applicata per le persone assicurate con un guadagno annuo concordato.
6. L'obbligo a prestazioni di SWICA cade se la persona assicurata stipula un accordo con terzi senza la precedente approvazione di SWICA.
7. SWICA non è tenuta a prestazioni se la persona assicurata non fa valere per tempo le sue pretese nei confronti di un terzo o non si preoccupa di sollecitarle.
8. La persona assicurata è tenuta ad informare immediatamente SWICA sul genere e l'ampiezza di tutte le prestazioni di terzi.

ART. 18 CALCOLO DELLE PRESTAZIONI

1. Quale base per il calcolo delle indennità giornaliere percentuali è determinante l'ultimo salario AVS percepito nell'azienda assicurata prima dell'inizio della malattia (comprendente gli assegni familiari accordati per i figli, per la formazione o per l'economia domestica in uso secondo le disposizioni locali o del settore). Rimane riservato un adeguamento nei casi in cui tale salario non corrisponderebbe più alla situazione effettiva (guadagno presumibilmente perso). Questo salario viene convertito in un salario annuo e diviso per 365. Le norme AVS si applicano pure per le persone che non sono assoggettate all'AVS, compresi gli assegni familiari accordati per i figli, per la formazione o per l'economia domestica in uso secondo le disposizioni locali o del settore. Gli assegni famigliari che non rientrano nel salario AVS possono essere coassicurati in conformità ai requisiti cantonali. Gli eventuali aumenti di stipendio durante l'inabilità al lavoro non vengono presi in considerazione. Adeguamenti salariali concordati individualmente o cambiamenti nelle condizioni d'impiego sono considerati nel calcolo dell'indennità giornaliera solo se concordati per scritto prima dell'inizio dell'inabilità lavorativa.
2. Se il guadagno è soggetto a forti fluttuazioni (ad es. dipendenti con salario orario, dipendenti assunti a titolo temporaneo, beneficiari di provvigioni, personale ausiliario che lavora a ritmo irregolare), il calcolo dell'indennità giornaliera avviene nel seguente modo: salario lordo AVS percepito nell'azienda assicurata negli ultimi 12 mesi, prima dell'inabilità lavorativa dovuta a malattia, compresi gli assegni familiari accordati per i figli, per la formazione o per l'economia domestica in uso secondo le disposizioni locali o del settore, calcolato su un anno intero e quindi diviso per 365.
3. Un eventuale guadagno conseguito con un'attività diversa da quella esercitata per l'azienda assicurata non viene preso in considerazione.
4. Se nel contratto è stato concordato in anticipo un guadagno annuo fisso, per il calcolo viene utilizzato tale valore. Il guadagno annuo concordato non vale quale assicurazione di somma fissa ma quale assicurazione contro i danni. Noi rinunciamo alla verifica dell'effettiva perdita di guadagno fino all'ammontare del guadagno annuo concordato. Perdite di guadagno che vanno oltre il guadagno annuo concordato non sono assicurate. Se alla fine della durata delle prestazioni rimane un'incapacità al guadagno permanente, il guadagno annuo concordato si riduce corrispondentemente in percentuale.

5. Se per le persone che seguono una formazione non è stato concordato alcun salario annuo fisso, fa stato il salario effettivo, risp., dopo la conclusione della formazione, il salario usuale del ramo o quello fissato nel contratto di lavoro già stipulato.
6. Con riserva di accordi di diverso tenore, il guadagno annuo di una persona è limitato a 250 000 franchi e il guadagno giornaliero ad 1/365 di tale importo.
7. Le indennità giornalieri stabilite sono accordate per ogni giorno civile.

ART. 19 INDENNITÀ PER PARTO

1. Se indicato sulla polizza, SWICA paga, a complemento dell'indennità obbligatoria in caso di maternità, per ogni parto un'indennità di maternità per il numero di giorni civili convenuto. Il periodo d'attesa convenuto viene computato sulla durata delle prestazioni.
2. Se al momento del parto l'assicurazione indennità per parto a favore della madre sussiste da meno di 270 giorni, tale indennità viene corrisposta per 21 giorni civili (dedotto il periodo d'attesa concordato).

IV. OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO

ART. 20 TERMINE PER LA NOTIFICA DI UNA MALATTIA

1. Le pretese di prestazioni d'indennità giornaliera devono essere fatte valere entro 5 giorni dopo la scadenza del periodo d'attesa. Se però è stato convenuto un periodo d'attesa superiore ai 30 giorni, la notifica deve avvenire al più tardi dopo 30 giorni d'incapacità lavorativa.
2. Se la notifica del sinistro avviene troppo tardi per colpa o non avviene affatto, la prestazione può essere ridotta in proporzione dell'ammontare che sarebbe stato assegnato se il sinistro fosse stato notificato tempestivamente.
3. Se la malattia dura più di un mese, SWICA necessita di un certificato medico mensile che attesti il grado e la durata dell'incapacità lavorativa. In questo caso, SWICA versa l'indennità giornaliera a scadenze mensili.

ART. 21 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE DELL'ASSICURAZIONE, RISP. DELL'AVENTE DIRITTO

1. La persona assicurata deve intraprendere tutte le misure necessarie per accertare le cause della malattia e le sue conseguenze. In osservanza dell'obbligo di riduzione del danno, l'assicurato evita qualsiasi attività incompatibile con l'incapacità lavorativa, risp. con la riscossione d'indennità giornaliera e che potrebbe compromettere o rallentare il processo di guarigione. I medici che curano o hanno curato l'assicurato devono essere svincolati dal segreto professionale nei confronti di SWICA.
2. Il contraente dell'assicurazione informa ogni persona assicurata sugli obblighi di comportamento in caso di malattia.

ART. 22 RICORSO A PERSONALE MEDICO RICONOSCIUTO

1. In caso di malattia, la persona assicurata deve consultare al più presto possibile un medico autorizzato e sottoporsi alle cure del caso. L'assicurato deve attenersi alle istruzioni del medico e del personale sanitario. Ogni persona assicurata è tenuta a sottoporsi ad una visita medica o a una perizia da parte di medici incaricati da SWICA.
2. SWICA è autorizzata ad eseguire visite ai pazienti come pure a chiedere giustificativi e informazioni supplementari, in particolare certificati medici, rapporti e conteggi dei salari come pure a prendere visione di atti pubblici.

ART. 23 OBBLIGO DELLA RIDUZIONE DEL DANNO

1. Se una persona assicurata si sottrae o si oppone a un trattamento ragionevolmente esigibile o a un reinserimento nella vita professionale che promette un notevole miglioramento della capacità di guadagno o una nuova possibilità di guadagno, oppure se la persona assicurata non offre spontaneamente un contributo ragionevolmente esigibile, le prestazioni possono essere temporaneamente o durevolmente ridotte, oppure rifiutate.
2. Se un assicurato inabile al lavoro nella sua professione abituale non può essere reinserito nella sua azienda, egli è tenuto a cercare lavoro, entro tre mesi, in un altro settore d'attività, e ad annunciarsi presso l'assicurazione invalidità, risp. l'assicurazione disoccupazione.
3. Se l'abilità lavorativa residua non viene sfruttata, il calcolo dell'indennità giornaliera avviene considerando l'obbligo di riduzione del danno che incombe all'assicurato.
4. Se la persona inabile al lavoro omette di annunciarsi all'assicurazione disoccupazione, risp. l'assicurazione invalidità, SWICA può sospendere le prestazioni d'indennità giornaliera o ridurle. Il calcolo di eventuali prestazioni avviene considerando le prestazioni che devono presumibilmente essere erogate da queste assicurazioni.

ART. 24 CONSEGUENZE DELL'INOSSERVANZA DEGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO

Se vengono violati gli obblighi indicati negli art. 20–23, SWICA può ridurre o rifiutare le sue prestazioni.

ART. 25 IMPOSTE ALLA FONTE

1. Se le prestazioni assicurative sono versate al contraente dell'assicurazione per l'inoltro alla persona assicurata, questi garantisce il conteggio con le deduzioni conformi alla legge e il versamento delle imposte alla fonte.
2. Se ciononostante SWICA viene sollecitata dall'autorità fiscale, essa ha diritto di regresso sul contraente dell'assicurazione.

ART. 26 COMPENSAZIONE E RICHIESTA DI RESTITUZIONE

Se SWICA paga erroneamente delle indennità giornaliere, su richiesta scritta queste devono essere restituite dal contraente dell'assicurazione, risp. dalla persona assicurata. A favore di SWICA esiste un diritto di compensazione, questo non esiste però per il contraente dell'assicurazione, risp. per l'assicurato.

ART. 27 COSTITUZIONE IN PEGNO E CESSIONE

Pretese nei confronti di SWICA non possono essere cedute né costituite in pegno. Cessioni o costituzioni in pegno di tali richieste non possono essere effettuate nei confronti di SWICA.

V. PREMI

ART. 28 CALCOLO DEI PREMI

Determinante per il calcolo dei premi è il salario annuo AVS fino a 250 000 franchi per persona e anno. Restano riservati gli accordi di diverso tenore. I salari versati a persone non assoggettate all'AVS devono pure essere presi in considerazione secondo le norme AVS. Se sono stati concordati dei salari annui fissi, valgono questi ultimi.

ART. 29 CONTEGGIO DEI PREMI

1. Se sono stati concordati premi anticipati, il contraente dell'assicurazione è tenuto a comunicare a SWICA, entro un mese dal ricevimento dell'apposito modulo, i dati necessari per il calcolo. Sulla base di tali dati SWICA calcola i premi definitivi.
2. Se il contraente dell'assicurazione non comunica tempestivamente i dati, SWICA stabilisce il premio basandosi su una stima. Il contraente dell'assicurazione ha il diritto di contestare la stima entro 30 giorni dal ricevimento del conteggio. In mancanza di contestazione il premio è considerato accettato.
3. SWICA ha il diritto di visionare i documenti determinanti (ad es. annotazioni salariali, giustificativi, conteggi AVS) dell'azienda e in particolare di chiedere una copia della dichiarazione AVS, per controllare i dati sulla dichiarazione dei salari. SWICA ha il diritto di visionare i dati direttamente presso l'AVS.
4. Il premio definitivo dell'anno precedente vale come nuovo premio anticipato per il periodo successivo.

ART. 30 PAGAMENTO DEI PREMI

1. Salvo accordi di diverso tenore, il premio viene fissato per ogni anno d'assicurazione e deve essere pagato anticipatamente alla scadenza. In caso di pagamento rateale resta dovuto l'intero premio annuo. Salvo accordo diverso, il 1° gennaio è la scadenza principale del premio, e l'anno d'assicurazione corrisponde all'anno civile.
2. Se il premio non viene pagato entro la scadenza, SWICA sollecita il contraente dell'assicurazione, per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, a pagare il premio entro 14 giorni dall'invio del sollecito, indicando le conseguenze del ritardo. Se il sollecito resta senza effetto, l'obbligo a prestazioni da parte di SWICA è sospeso (sospensione della copertura) per tutti i casi di prestazione in corso, dalla scadenza del termine fissato dal sollecito fino al pagamento completo dei premi, degli interessi e delle spese. Per tutti i nuovi casi che dovessero presentarsi durante la sospensione della copertura, non sussiste alcun obbligo di prestazioni neppure dopo il pagamento integrale dei premi.
3. Se il contratto viene sciolto prima della fine dell'anno d'assicurazione, SWICA rimborsa il premio pagato per il periodo d'assicurazione non ancora trascorso e non esige il pagamento di eventuali rate che scadono più tardi. Restano riservate le disposizioni sul conteggio dei premi ai sensi dell'art. 29.
4. Il premio per il periodo assicurativo in corso è però dovuto integralmente se il contraente dell'assicurazione disdice il contratto a seguito di un caso di malattia, per cui sono state versate prestazioni, nel corso del primo anno dalla stipulazione del contratto.

ART. 31 ADEGUAMENTO DEI PREMI

1. SWICA può, alla fine dell'anno d'assicurazione, adeguare i premi all'andamento dei sinistri.
2. Se la tariffa di premio subisce delle variazioni, SWICA può chiedere l'adeguamento del contratto a partire dal successivo anno d'assicurazione.
3. SWICA comunica al contraente dell'assicurazione i nuovi tassi di premio al più tardi 30 giorni prima della scadenza dell'anno d'assicurazione.
4. Il contraente dell'assicurazione, in questo caso, ha il diritto di disdire il contratto, nel suo insieme o soltanto per il genere di prestazioni il cui tasso di premio o premio è stato aumentato, per la fine dell'anno d'assicurazione in corso. In questo caso, il contratto si estingue nell'ambito stabilito dal contraente dell'assicurazione, alla scadenza dell'anno d'assicurazione. La disdetta deve pervenire a SWICA per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo al più tardi l'ultimo giorno lavorativo dell'anno d'assicurazione (la data sul timbro postale non fa fede). Se la disdetta viene presentata in altra forma, la stessa deve pervenire alla reception di SWICA entro le ore 17 dell'ultimo giorno lavorativo dell'anno di assicurazione.
5. Se il contraente dell'assicurazione non disdice il contratto entro i termini stabiliti, l'adeguamento del contratto è considerato accettato.

VI. PARTECIPAZIONE ALLE ECCELENZE

ART. 32 PRINCIPIO

1. Il contraente dell'assicurazione riceve una parte di eventuali eccedenze del suo contratto, se ciò è previsto nella polizza. Il diritto alle eccedenze sussiste ogni volta dopo tre anni completi e successivi d'assicurazione con eccedenze.
2. Se la quota determinante per le eccedenze cambia nel corso del periodo di conteggio, il calcolo sarà fatto proporzionalmente.
3. Il diritto alla partecipazione alle eccedenze si estingue se il contratto viene rescisso prima della fine del periodo di conteggio.

ART. 33 CALCOLO DELLA PARTECIPAZIONE ALLE ECCELENZE

1. L'ammontare delle prestazioni corrisposte viene detratto dalla quota di premi pagati indicata nella polizza. Se da questo calcolo risulta un'eccedenza, il contraente dell'assicurazione riceve la quota concordata. Una perdita non viene riportata al periodo di conteggio successivo.
2. Il conteggio viene allestito ogni volta entro 6 mesi dalla scadenza del periodo di conteggio, purché i premi siano stati pagati.
3. Se il contratto d'assicurazione viene disdetto alla fine del periodo di conteggio e ci sono ancora casi di prestazioni aperti, il calcolo viene rimandato sino alla chiusura degli stessi. Tutte le prestazioni dopo la data d'annullamento saranno tenute in considerazione per il calcolo della partecipazione alle eccedenze.
4. Se dopo aver allestito il conteggio vengono annunciati retroattivamente dei casi di prestazione o effettuati pagamenti di prestazioni che rientrano nel periodo del conteggio, sarà allestito un nuovo conteggio. SWICA può chiedere la restituzione di eccedenze pagate in eccesso.

VII. DISPOSIZIONI COMPLEMENTARI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 34 CONTENUTO

1. Se indicato sulla polizza, SWICA corrisponde l'indennità giornaliera concordata anche in caso d'infortunio. L'assicurazione complementare contro gli infortuni di SWICA, a complemento dell'articolo 8, comprende anche la copertura assicurativa contro le conseguenze economiche d'infortuni, lesioni corporali paragonabili all'infortunio e malattie professionali.
2. Sono assicurati gli infortuni professionali, le lesioni corporali paragonabili all'infortunio, le malattie professionali e gli infortuni non professionali che avvengono nel corso della durata contrattuale di questa assicurazione complementare. Fanno stato le definizioni determinanti per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF).
3. Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurate per gli infortuni:
 - a) che la persona assicurata ha causato intenzionalmente;
 - b) conseguenti a terremoti in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein;
 - c) conseguenti a eventi bellici e atti terroristici o conseguenti alla partecipazione agli stessi.
Se tuttavia la persona assicurata viene sorpresa dallo scoppio di eventi bellici mentre soggiorna all'estero, la copertura assicurativa si estingue 14 giorni dopo l'inizio delle ostilità. Se la persona assicurata è vittima di un dirottamento aereo, SWICA versa invece la totalità delle prestazioni anche se l'aereo viene dirottato in un paese coinvolto in avvenimenti bellici. SWICA non corrisponde alcuna prestazione se la persona assicurata è vittima di un dirottamento aereo avvenuto più di 48 ore dopo lo scoppio di una guerra.
 - d) in caso di servizio militare in un esercito straniero;
 - e) a seguito della partecipazione ad atti bellici, terroristici o di banditismo;
 - f) conseguenti a crimini o delitti o relativi tentativi. Tra questi anche gli infortuni causati alla guida di un veicolo a motore sotto gli effetti di alcol o droghe;
 - g) conseguenti alla partecipazione a disordini;
 - h) conseguenti alla partecipazione a risse o tumulti, a meno che la persona assicurata dimostri di non aver partecipato attivamente all'operato degli istigatori o di essere stata ferita mentre prestava soccorso a una persona indifesa;

- i) conseguenti alla partecipazione a corse di veicoli a motore o rally, comprese le prove;
 - j) in seguito a radiazioni ionizzanti o danni causati dall'energia nucleare. Sono assicurati per contro i danni alla salute causati da trattamenti di radioterapia prescritti da un medico per un infortunio assicurato o una malattia professionale assicurata.
4. Per il resto fanno stato per analogia le disposizioni delle presenti CGA e del contratto.

VIII. TRATTAMENTO DEI DATI

ART. 35 TRATTAMENTO DEI DATI DA PARTE DI SWICA

1. SWICA raccoglie e utilizza i dati personali dei contraenti dell'assicurazione risp. delle persone assicurate nel rispetto della legge vigente sulla protezione dei dati e delle relative ordinanze, delle leggi sulle assicurazioni sociali e private e secondo le disposizioni sulla protezione dei dati di SWICA (Dichiarazione di protezione dei dati di SWICA).
2. In particolare sono elaborati dati anagrafici e contrattuali (come ad es. nome, cognome, indirizzo, numero postale di avviamento, data di nascita, indirizzo e-mail, numero di telefono [cellulare e fisso], coordinate bancarie, stato civile, numero di figli, dati di eventuali procuratori, informazioni finanziarie sul reddito), dati sulla salute (diagnosi, sintomi, medicinali, operazioni effettuate ecc.), dati sui trattamenti e sul decorso del trattamento, costi delle prestazioni, dati sull'ambiente di vita personale e sociale o anche profili della personalità, dati di altri assicuratori, dati di fornitori di prestazioni, dati relativi a questioni di diritto esecutivo e fallimentare.
3. I dati sono elaborati per gli scopi per i quali il contraente dell'assicurazione risp. le persone assicurate hanno dato il loro consenso nell'ambito della proposta e della stipulazione dell'assicurazione, per gli scopi secondo le CGA e CC in vigore o per i quali SWICA è autorizzata in base alle leggi applicabili sulla protezione dei dati e sulle assicurazioni sociali e private.
4. In particolare SWICA elabora i dati nell'ambito della procedura di proposta per la stipulazione di un contratto d'assicurazione (colloquio di consulenza, proposta di assicurazione, verifica della proposta, stipulazione dell'assicurazione ecc.) e per lo svolgimento del contratto d'assicurazione (elaborazione delle prestazioni, trasmissione di informazioni, assistenza ai clienti, Customer Journey, cure integrate, presentazione di offerte di prodotti, marketing ecc.) durante la durata del rapporto assicurativo. Inoltre SWICA, con metodi matematici, valuterà i dati a fini statistici per sviluppare e migliorare, in base alle conoscenze acquisite, la qualità e l'utilità delle prestazioni di servizio e dei prodotti a favore dei contraenti dell'assicurazione risp. delle persone assicurate attuali, precedenti e potenziali e per poter informare in merito i contraenti dell'assicurazione risp. le persone assicurate. Infine, SWICA si riserva il diritto di condurre indagini su possibili frodi assicurative in casi giustificati di sospetto. In relazione a questi procedimenti di elaborazione si possono allestire profili della personalità.

5. SWICA memorizza i dati personali in forma elettronica o cartacea e li elabora per poter fornire le prestazioni contrattuali ed essere in grado di consigliare e assistere i contraenti dell'assicurazione risp. le persone assicurate in funzione di una copertura assicurativa affidabile e conforme alle loro esigenze.
6. SWICA può incaricare terzi (altri assicuratori partner, medici fiduciari, autorità, avvocati, periti esterni, centri informatici ecc.) di fornire servizi a favore del contraente dell'assicurazione risp. delle persone assicurate e trasmettere dati personali ai terzi per lo svolgimento dei compiti assegnati. SWICA obbliga contrattualmente i terzi al rispetto della riservatezza e della segretezza e all'osservanza della legge sulla protezione dei dati. I dati possono essere trasmessi anche allo scopo di individuare o evitare eventuali frodi assicurative.
7. Per accertare se l'obbligo di prestazione sussiste nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia o in quello dell'assicurazione contro gli infortuni, i dati possono essere scambiati all'interno di SWICA.
8. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sono disponibili nella Dichiarazione di protezione dei dati di SWICA. La Dichiarazione di protezione dei dati vale per l'intera durata del rapporto contrattuale tra SWICA e il contraente dell'assicurazione risp. le persone assicurate. La Dichiarazione di protezione dei dati fornisce in particolare ulteriori informazioni sulle categorie di dati trattati, le procedure di trattamento dei dati, i loro scopi e le relative basi per il trattamento dei dati, nonché sui diritti dei contraenti dell'assicurazione risp. delle persone assicurate in relazione al trattamento dei dati da parte di SWICA e sulla durata del trattamento e della conservazione dei dati.

IX. DISPOSIZIONI FINALI

ART. 36 COMUNICAZIONI

1. Tutte le comunicazioni e le notifiche del contraente dell'assicurazione o delle persone assicurate devono essere indirizzate a SWICA. I dati di contatto si trovano sulla polizza assicurativa. L'assicuratore considera le comunicazioni e le notifiche di questo tipo come indirizzate a sé stesso.
2. Il contraente dell'assicurazione o la persona assicurata interessata deve comunicare tempestivamente a SWICA tutti i cambiamenti della sua situazione personale che influenzano il rapporto assicurativo per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.
3. Tutte le comunicazioni e notifiche inviate da SWICA o dall'assicuratore al contraente dell'assicurazione o alla persona assicurata interessata all'ultimo indirizzo in Svizzera indicato dal contraente dell'assicurazione o al contatto elettronico indicato sono giuridicamente valide.

ART. 37 INTERPRETAZIONE

La versione originale delle presenti CGA è quella in lingua tedesca. Le versioni francese, italiana e inglese sono traduzioni. In caso di divergenze d'interpretazione fa stato il testo tedesco.

ART. 38 DIRITTO APPLICABILE E FORO COMPETENTE

1. La presente assicurazione è soggetta esclusivamente al diritto materiale svizzero, con esclusione della Convenzione di Vienna sulla vendita internazionale di beni mobili, del diritto privato internazionale e di altre norme di conflitto.
2. Il contraente dell'assicurazione risp. la persona assicurata può rivolgersi al foro competente ordinario o al foro del suo domicilio in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

CONDIZIONI PARTICOLARI D'ASSICURAZIONE (CPA) PER L'INDUSTRIA ALBERGHIERA E DELLA RISTORAZIONE.

Nella misura in cui le presenti condizioni non contengono disposizioni diverse, fanno stato le Condizioni generali ed eventualmente le Condizioni particolari d'assicurazione menzionate nella polizza.

ART. 1 PERSONE ASSICURABILI

a) Lavoratori dipendenti

1. I lavoratori dipendenti di esercizi affiliati a Gastro-Suisse.
2. In deroga agli articoli 10, 11 e 16 delle Condizioni generali d'assicurazione continuano ad essere assicurati anche i dipendenti che hanno già ultimato il 70° anno d'età.
3. Non sono considerati lavoratori dipendenti, e quindi non sono assicurati, i titolari quali indipendenti, gli azionisti di maggioranza, i soci con una quota maggioritaria sul capitale nominale, così come i loro familiari che lavorano nell'esercizio ma che non figurano nella contabilità dei salari.

b) Titolari quali indipendenti, azionisti di maggioranza o soci con una quota maggioritaria sul capitale nominale, nonché i loro familiari che lavorano nell'esercizio ma che non figurano nella contabilità dei salari

1. Possono aderire all'assicurazione, con il relativo annuncio, i titolari di esercizi affiliati a Gastro-Suisse, in qualità di indipendenti, azionisti di maggioranza o soci con una quota maggioritaria sul capitale nominale, nonché i loro familiari che lavorano nell'esercizio ma che non figurano nella contabilità dei salari.
2. La procedura d'ammissione così come il guadagno annuo assicurabile di queste persone, sono stabiliti negli articoli 3 e 4 delle presenti Condizioni particolari d'assicurazione.
3. La copertura assicurativa si estingue con il completamento del 70° anno d'età.

ART. 2 PERSONE NON ASSICURABILI

Musicisti, artisti di spettacolo e disc jockeys.

ART. 3 AMMISSIONE NELL'ASSICURAZIONE

a) Lavoratori dipendenti

L'ammissione nell'assicurazione avviene senza esame dello stato di salute.

b) Titolari quali indipendenti, azionisti di maggioranza o soci con una quota maggioritaria sul capitale nominale, nonché i loro familiari che lavorano nell'esercizio ma che non figurano nella contabilità dei salari

Per i titolari in qualità di indipendenti, azionisti di maggioranza o soci con una quota maggioritaria sul capitale nominale, nonché per i loro familiari che lavorano nell'esercizio ma che non figurano nella contabilità dei salari, è richiesto l'esame dello stato di salute.

SWICA conferma per iscritto l'inizio e l'estensione della copertura assicurativa dopo la valutazione dell'esame dello stato di salute.

ART. 4 GUADAGNO ASSICURATO

a) Lavoratori dipendenti

In deroga all'articolo 18 capoverso 6 delle Condizioni generali d'assicurazione, salvo disposizioni diverse, il guadagno assicurato è limitato a 150.000 franchi per persona e anno.

In deroga parziale all'articolo 18 capoverso 1 delle Condizioni generali d'assicurazione, gli assegni familiari accordati in conformità agli usi locali o del settore, in forma di assegni per figli, per la formazione o per l'economia domestica, non vengono considerati nel calcolo dell'indennità giornaliera percentuale.

b) Titolari quali indipendenti, azionisti di maggioranza o soci con una quota maggioritaria sul capitale nominale, nonché i loro familiari che lavorano nell'esercizio ma che non figurano nella contabilità dei salari

Per i titolari in qualità di indipendenti, azionisti di maggioranza o soci con una quota maggioritaria sul capitale nominale nonché per i loro familiari che lavorano nell'esercizio ma che non figurano nella contabilità dei salari, salvo disposizioni diverse, è possibile concordare un salario annuo fino a 150 000 franchi.

ART. 5 PERIODO D'ATTESA E RICADUTA

1. Il periodo d'attesa dei lavoratori dipendenti è calcolato per anno lavorativo.
2. Per i titolari in qualità di indipendenti, azionisti di maggioranza o soci con una quota maggioritaria sul capitale nominale nonché per i loro familiari che lavorano nell'esercizio ma che non figurano nella contabilità dei salari, il periodo d'attesa è calcolato per anno civile o per caso. Il periodo d'attesa convenuto è menzionato nella polizza.
3. È considerata ricaduta la ricomparsa di una malattia. In deroga parziale all'articolo 15 capoverso 1 delle Condizioni generali d'assicurazione, la ricaduta viene considerata come nuovo caso di malattia se la persona assicurata, prima del verificarsi della nuova incapacità lavorativa, era stata completamente abile al lavoro e ininterrottamente per almeno 180 giorni nell'ambito del suo grado d'occupazione secondo quanto previsto rispettivamente dal contratto di lavoro o dalla quantità di lavoro.

ART. 6 DURATA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN CASO DI MALATTIA O D'INFORTUNIO

L'indennità giornaliera viene versata, dopo deduzione del periodo d'attesa convenuto, complessivamente per una durata di 720 giorni nel corso di 900 giorni consecutivi per una o più malattie.

A partire dal percepimento della rendita di vecchiaia AVS o una volta raggiunta l'età ordinaria di pensionamento AVS, l'indennità giornaliera viene corrisposta al massimo per 180 giorni, complessivamente per tutti i casi assicurativi in corso e futuri.

ART. 7 PRESTAZIONI ALL'ESTERO

In deroga all'articolo 13 capoverso 6 delle Condizioni generali per l'assicurazione indennità giornaliera collettiva secondo LCA è determinante quanto segue:

le persone assicurate, che si ammalano all'estero, hanno diritto alle prestazioni per una durata di dieci giorni.

Per i frontalieri di uno stato membro dell'UE o dell'AELS in possesso del permesso di frontaliere (permesso per stranieri G), questa restrizione fa stato solo al di fuori del loro luogo di domicilio in uno stato membro dell'UE o dell'AELS o nelle relative zone limitrofe.

ART. 8 INCASSO DEI PREMI

Il conteggio dei premi ed il rispettivo incasso vengono effettuati da parte della Cassa di compensazione Gastro-Social e delle sue agenzie, a condizione che l'esercizio sia affiliato a GastroSuisse. Il contraente l'assicurazione del contratto collettivo è il debitore dei premi.

Le somme salariali legalmente valide e fissate mediante decisione della Cassa di compensazione GastroSocial sono vincolanti ai fini del calcolo dei premi.

ART. 9 CAMBIAMENTO DI ESERCIZIO

In caso di ripresa di un nuovo esercizio entro sei mesi dalla cessione dell'esercizio precedente, il contratto collettivo viene trasferito al nuovo esercizio.

ART. 10 PASSAGGIO DELL'INCASSO DEI PREMI DA GASTROSOCIAL A SWICA

Con il termine dell'affiliazione alla Federazione esercenti GastroSuisse, l'incasso dei premi viene effettuato da SWICA.

Il contratto collettivo esistente viene mantenuto, senza alcuna modifica del contenuto, con un nuovo numero di contratto collettivo (numero di conteggio).

Da questo adeguamento non scaturisce alcun diritto di disdetta.

ART. 11 RISPETTO DEL CCNL

L'estensione delle prestazioni rispetta in ogni caso le disposizioni del CCNL per l'industria alberghiera e della ristorazione.