

Assicurazione malattia collettiva

Informazioni per i clienti e condizioni generali di assicurazione

Dipendenti

Assicurazione malattia collettiva

- Indennità giornaliera
- Assicurazione di maternità e assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG
- Pagamento del salario in caso di decesso

Lavoratori indipendenti e loro familiari collaboratori

Assicurazione malattia collettiva

- Indennità giornaliera

Assicurazione contro gli infortuni

- Spese di cura
- Indennità giornaliera
- Capitale d'invalidità
- Capitale in caso di decesso

Edizione 01.2025

Informazioni per i clienti

Ciò che dovrebbe sapere sulla sua assicurazione malattia collettiva

Gentile cliente, egregio cliente,

Ha scelto un prodotto della Mobiliare, la più antica compagnia d'assicurazione privata esistente in Svizzera. La ringraziamo sentitamente della fiducia che ripone in noi e, prima che stipuli la sua assicurazione malattia collettiva, desideriamo illustrarle i punti principali del contratto di assicurazione.

Le informazioni seguenti le danno una visione d'insieme come pure risposte alle domande più frequenti. Esse riportano in modo semplificato, pur senza sostituirle, le normative contenute nella polizza o nelle condizioni generali di assicurazione che figurano in questo documento.

1. Chi siamo?

Gli assicuratori sono:

- la Mobiliare Svizzera Società d'assicurazioni SA, un'impresa del gruppo Mobiliare, operante su base cooperativa, la cui sede principale si trova a 3001 Berna, Bundesgasse 35;
- la Protekta Assicurazione di protezione giuridica SA, una società del gruppo Mobiliare, la cui sede si trova a 3011 Berna, Monbijoustrasse 5;
- la Mobi24 SA, una società del gruppo Mobiliare la cui sede si trova a 3011 Berna, Bundesgasse 35.

2. Qual è l'estensione della copertura assicurativa?

L'assicurazione malattia collettiva è una soluzione assicurativa individuale a misura delle sue esigenze, che include un pacchetto di servizi comprendente prestazioni supplementari. Serve a proteggere le persone assicurate dalle conseguenze economiche della malattia. Inoltre, se concordato contrattualmente, l'assicurazione infortuni per lavoratori indipendenti e i loro familiari collaboratori li copre finanziariamente contro le conseguenze economiche di infortuni e malattie professionali.

Se l'assicurazione malattia collettiva è designata come «coordinata LPP», si basa sulle disposizioni dell'articolo 26 capoverso 2 della legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP) e l'articolo 26 della relativa ordinanza (OPP 2). In singoli casi (p. es. per persone con riserve mediche o per persone con durata delle prestazioni ridotta) non è garantito un coordinamento LPP completo.

L'assicurazione malattia collettiva e l'assicurazione infortuni per lavoratori indipendenti e i loro familiari collaboratori sono assicurazioni danni. Il capitale d'invalidità e in caso di decesso dell'assicurazione infortuni costituiscono un'eccezione e sono assicurazioni di somme.

2.1 La nostra offerta nell'ambito dell'assicurazione malattia collettiva per dipendenti comprende:

■ Indennità giornaliera

L'indennità giornaliera viene erogata per ogni giorno civile di incapacità al lavoro almeno del 25 per cento accertata dal medico. Il diritto inizia alla scadenza del periodo di attesa concordato contrattualmente e a condizione che alla sua scadenza la persona assicurata figuri ancora nella cerchia delle persone assicurate.

■ Assicurazione di maternità a complemento dell'indennità secondo la LIPG

Se vi è un'assicurazione di maternità a complemento dell'indennità secondo la LIPG in base alla polizza, la Mobiliare corrisponde le prestazioni concordate per ogni nascita che determina l'erogazione di un'indennità di maternità secondo la LIPG.

■ Assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG

Se vi è un'assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG in base alla polizza, la Mobiliare corrisponde le prestazioni concordate per ogni nascita che determina l'erogazione di un'indennità dell'altro genitore secondo la LIPG.

■ Pagamento del salario in caso di decesso

Se è assicurato il pagamento del salario in caso di decesso per dipendenti e se una persona assicurata muore a causa di una malattia assicurata, la Mobiliare paga, sulla base del guadagno assicurato, il salario che deve essere corrisposto ai superstiti dallo stipulante ai sensi dell'articolo 338 capoverso 2 del codice delle obbligazioni (CO).

2.2 La nostra offerta nell'ambito dell'assicurazione malattia collettiva per lavoratori indipendenti e i loro familiari collaboratori comprende:

■ Indennità giornaliera

L'indennità giornaliera viene erogata per ogni giorno civile di incapacità al lavoro almeno del 25 per cento accertata dal medico. Il diritto inizia alla scadenza del periodo di attesa concordato contrattualmente e a condizione che alla sua scadenza la persona assicurata figuri ancora nella cerchia delle persone assicurate.

2.3 La nostra offerta nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni per lavoratori indipendenti e i loro familiari collaboratori comprende:

■ **Spese di cura**

Le prestazioni e le spese di cura che la Mobiliare assume illimitatamente sono corrisposte nel corso dei cinque anni successivi al verificarsi dell'evento assicurato senza limitazioni d'importo. Dopodiché per le medesime prestazioni e per le prestazioni rimborsate fino agli importi massimi fissati, vengono corrisposti complessivamente ancora CHF 500 000 per evento assicurato.

Le spese di cura sono coperte soltanto a complemento e in aggiunta alle prestazioni della LAMAL, LAINF, AMF, IPG. Le spese già pagate da altri assicuratori, come pure le riduzioni di prestazioni secondo la LAMAL o la LAINF non vengono prese in carico.

■ **Indennità giornaliera**

L'indennità giornaliera viene erogata per ogni giorno civile di incapacità al lavoro almeno del 25 per cento accertata dal medico. Il diritto inizia dopo la scadenza del periodo di attesa.

■ **Capitale d'invalidità**

Quando l'infortunio assicurato provoca un pregiudizio presumibilmente duraturo della salute, la Mobiliare versa il capitale d'invalidità assicurato. Questo capitale è calcolato secondo la somma di assicurazione, il grado d'invalidità e la scala di prestazione (SP) scelta. Il capitale viene versato non appena è stato fissato il grado d'invalidità.

■ **Capitale in caso di decesso**

Se una persona assicurata muore in seguito alle conseguenze di un infortunio assicurato, la Mobiliare versa agli aventi diritto il capitale concordato in caso di decesso.

3. Quali sono le principali coperture escluse?

Non sono assicurati, per esempio

nell'assicurazione malattia collettiva

- gli infortuni e le relative conseguenze;
- le malattie professionali, prese a carico dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF;
- le conseguenze di interventi estetici;
- le conseguenze di eventi bellici.

nell'assicurazione infortuni:

- malattie;
- infortuni con veicoli/imbarcazioni a motore durante la partecipazione a corse, rally e competizioni simili, corse su percorsi di gara, su terreni di allenamento, su circuiti nonché tutte le gare all'aperto. Sono assicurati i corsi di perfezionamento alla guida, se hanno come unico scopo la sicurezza nella normale circolazione stradale, non hanno carattere di competizione e avvengono senza cronometraggio;
- infortuni in seguito a ebbrezza manifesta o ad abuso di farmaci, droghe o sostanze chimiche;
- le conseguenze di eventi bellici.

4. Cosa contiene il pacchetto di servizi esclusivo?

Lavoriamo in modo affidabile, rapido, competente e assistiamo lei e tutte le persone assicurate con:

- consulenza e assistenza da parte di un consulente assicurativo personale in loco;
- liquidazione dei danni da parte del servizio sinistri della sua agenzia generale – in modo personale e senza complicazioni;
- JurLine che le offre telefonicamente e a titolo gratuito una prima informazione su questioni giuridiche di ogni genere;
- case management;
- gestione delle assenze;
- comunicazione elettronica delle masse salariali definitive tramite il portale clienti online (mobiliare.ch/lamiamobiliare) o direttamente dal suo sistema di contabilità salariale certificato da swissdec mediante la procedura unificata di notifica dei salari (ELM).

5. Dov'è contenuta l'estensione della copertura assicurativa?

L'estensione della copertura assicurativa scelta si basa sul contenuto della proposta o polizza, sulle condizioni generali di assicurazione, sulle eventuali condizioni particolari e sulle disposizioni di legge, in particolare quelle della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

6. Quali sono gli obblighi principali?

Gli obblighi dello stipulante sono evidenziati nella proposta o polizza, nelle condizioni generali di assicurazione, nelle eventuali condizioni particolari e nelle disposizioni di legge, in particolare quelle della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). In particolare:

- Deve rispondere in modo veritiero e completo alle domande della proposta e a quelle sullo stato di salute; in caso contrario siamo autorizzati a disdire il contratto di assicurazione, ad escludere persone assicurate dal contratto di assicurazione, a rifiutare prestazioni o chiederne la restituzione.
- Deve comunicarci immediatamente ogni cambiamento che si verifica durante la durata del contratto di assicurazione e che modifica ciò che è stato dichiarato nella proposta e che ha importanza considerevole per la valutazione del rischio.
- Con il promemoria (allegato alla polizza), in qualità di datore di lavoro lei informa le persone assicurate sui principali contenuti del contratto di assicurazione, sulle sue modifiche, sul suo scioglimento e sul diritto di passare all'assicurazione individuale.
- I premi devono essere pagati alla scadenza. Il mancato pagamento dei premi nonostante diffida comporta la cessazione della copertura assicurativa. Anche se paga il premio in seguito ad una diffida, in determinate circostanze non siamo tenuti a versare delle prestazioni per i danni subentrati nel frattempo.
- Quando si verifica un sinistro assicurato deve notificarcelo entro 30 giorni. La sua collaborazione è essenziale e ci consente di assistere in modo ottimale lei e le persone assicurate in caso di sinistro.

7. Quali prestazioni eroga la Mobiliare?

Le prestazioni che la Mobiliare deve erogare si basano sul contenuto della proposta o della polizza, sulle condizioni generali di assicurazione, sulle eventuali condizioni particolari e sulle disposizioni di legge, in particolare quelle della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

8. A quanto ammonta il premio da pagare?

L'ammontare del premio da pagare dipende in particolare dal salario AVS soggetto a contributi (incl. franchigia AVS) fino al salario massimo stabilito nel contratto, dal salario annuo concordato e dalle prestazioni scelte. Dipende inoltre dalla sinistrosità individuale e collettiva, dall'età della persona assicurata e dalla partecipazione alle eccedenze eventualmente convenuta.

Se è stata concordata una partecipazione alle eccedenze, lo stipulante riceve l'eventuale eccedenza derivante dal proprio contratto di assicurazione per la prima volta dopo la fine del periodo di osservazione. Dai premi maturati nel periodo di osservazione (esclusi i premi per le rendite d'invalidità) vengono dedotti l'importo risultante dalla percentuale concordata per le spese amministrative e il supplemento di rischio e le prestazioni per sinistri (escluse le rendite d'invalidità) subentrati durante il periodo di osservazione. Lo stipulante riceve la quota convenuta dell'eventuale eccedenza residua. Le spese amministrative e il supplemento di rischio nonché la partecipazione alle eccedenze sono elencati nella polizza. Il diritto alla partecipazione alle eccedenze si estingue se il contratto di assicurazione viene annullato prima della fine del periodo di osservazione.

È fatto salvo un eventuale premio minimo.

Il premio viene riscosso una volta all'anno; sono possibili altre modalità di versamento, dietro pagamento di un supplemento. Altri dettagli sono forniti nella polizza.

Quando l'assicurazione malattia collettiva viene sciolta prematuramente, rimborsiamo di regola la parte di premio non goduta.

9. Qual è la durata del contratto di assicurazione quando si estingue?

I dati relativi alla durata del contratto convenuta sono riportati sulla proposta e sulla polizza dopo la stipula del contratto. La validità temporale della copertura assicurativa comprende tutti gli eventi che si verificano nel corso della durata contrattuale.

Nell'assicurazione di indennità di malattia, nell'assicurazione di maternità e nell'assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG e nel pagamento del salario in caso di decesso, non sussiste alcun diritto alle prestazioni per i sinistri che si verificano solo dopo la cessazione del contratto di assicurazione. Se al momento dell'uscita dalla cerchia di persone assicurate oppure al termine del contratto di assicurazione una persona assicurata percepisce già prestazioni, permane il diritto a prestazioni suppletive nell'ambito delle disposizioni contrattuali.

Se nell'assicurazione infortuni per lavoratori indipendenti e i loro familiari collaboratori l'infortunio si verifica nel corso della durata contrattuale, le prestazioni vengono erogate anche dopo la cessazione del contratto. Per il capitale in caso di decesso si applica la limitazione temporale. Sono inoltre fatte salve le disposizioni sull'entità e la durata massima delle prestazioni e sull'età finale.

Qui appresso sono elencate le principali possibilità di scioglimento del contratto:

- Può disdire il contratto di assicurazione al più tardi tre mesi prima della scadenza della durata contrattuale. In caso contrario, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno, affinché l'assicurato non resti improvvisamente, senza volerlo, privo di copertura assicurativa.
- Ognuna delle parti può disdire il contratto di assicurazione alla fine del terzo anno di assicurazione o di ogni anno assicurativo successivo con un preavviso di tre mesi.
- Se non abbiamo soddisfatto l'obbligo di informare, può disdire il contratto di assicurazione nel corso dei primi due anni dopo la violazione dell'obbligo. La sua disdetta dev'essere inoltrata entro quattro settimane dal momento in cui si è venuti a conoscenza della violazione dell'obbligo di informazione.
- Se all'inizio di un nuovo anno assicurativo adeguiamo il premio a suo sfavore, lei può disdire il contratto di assicurazione. La disdetta è valida se ci perviene al più tardi l'ultimo giorno dell'anno assicurativo.
- In caso di riduzione significativa del rischio, ha il diritto di disdire il contratto di assicurazione entro quattro settimane.
- Se al momento della stipula del contratto non era a conoscenza di un cumulo di assicurazioni, può disdire il contratto di assicurazione entro quattro settimane da quando è venuto a conoscenza del cumulo di assicurazioni.
- Sia lei che noi possiamo disdire il contratto di assicurazione in qualsiasi momento per gravi motivi.
- Dopo un sinistro risarcibile, entrambe le parti possono disdire il contratto di assicurazione.
- Se lei ha risposto in modo inesatto o incompleto alle domande riportate nella proposta, abbiamo la facoltà di disdire il contratto di assicurazione, non siamo tenuti a versare delle prestazioni per i danni subentrati nel frattempo e possiamo esigere il rimborso delle prestazioni già versate.
- La Mobiliare si riserva il diritto di disdire l'assicurazione nel caso di frodi nelle giustificazioni.
- La cessazione dell'attività o il trasferimento della sede all'estero comportano l'annullamento del contratto di assicurazione.

10. Quali sono le disposizioni applicabili in materia di protezione dei dati?

La Mobiliare ha a cuore la gestione responsabile dei suoi dati personali.

La Mobiliare tratta in particolare i seguenti dati personali:

- dati del cliente: dati dello stipulante e di qualsiasi altra persona assicurata che sono necessari per l'identificazione, come nome, indirizzo, data di nascita, sesso, nazionalità, dati sulla solvibilità;
- dati della proposta: dati relativi alla proposta di assicurazione e questionari, come informazioni sul rischio da assicurare, risposte alle domande della proposta, rapporti periti, informazioni sull'assicuratore precedente e l'andamento dei sinistri, informazioni sulla situazione familiare e finanziaria;
- dati del contratto: dati sul rapporto contrattuale, come parti contraenti e persone coassicurate, durata del contratto, coperture, rischi assicurati, somme assicurate e franchigie, importo del premio;
- dati finanziari e di incasso: dati in relazione ai pagamenti, come le coordinate bancarie per il disbrigo dei pagamenti successivi (p. es. numero di conto, dettagli della carta di credito), data e importo dei pagamenti dei premi, dati sul reddito AVS, premi in sospeso, periodi senza copertura e solleciti;
- dati sui sinistri o sulle prestazioni: dati relativi ad eventuali casi di sinistro o di prestazione, come notifiche di sinistro, documenti presentati, rapporti di accertamento, ricevute di fatture, eventuali dati riguardante le parti lese e altri terzi coinvolti nel caso di sinistro o di prestazione.

Se necessario, possono essere trattati anche dati personali particolarmente sensibili. Se previsto dalla legge, la Mobiliare agirà previa autorizzazione delle persone in questione.

Questi dati vengono utilizzati in particolare prima della stipula del contratto per la verifica del rischio e della solvibilità e per la determinazione dei premi e durante la durata del contratto per l'amministrazione del contratto e per la riscossione dei premi, nonché per il trattamento dei sinistri e delle prestazioni. Inoltre, i dati vengono elaborati per l'aggiornamento e la documentazione delle relazioni esistenti e future con i clienti.

Per garantire un servizio impeccabile i colloqui con Mobi24 SA e con la JurLine della Protekta Assicurazione di protezione giuridica SA possono essere registrate per la formazione interna, per la qualità e a scopo di prova, e/o ascoltate simultaneamente dai superiori a scopo di supervisione.

Nella misura in cui è necessario per la stipula e per l'elaborazione del contratto o per il trattamento dei sinistri e delle prestazioni, i dati relativi al contratto d'assicurazione vengono comunicati a terzi coinvolti nell'assicurazione in Svizzera e all'estero, in particolare a coassicuratori e riassicuratori, a fornitori di servizi che agiscono su incarico della Mobiliare e alle società del Gruppo Mobiliare nonché alle agenzie generali. Nell'ambito della liquidazione dei sinistri, i dati possono essere trasmessi ad altri terzi, in particolare alle autorità, ai periti interpellati, ai terzi responsabili e alla loro assicurazione di responsabilità civile, alle assicurazioni sociali e casse malati e ad altri assicuratori privati per l'elaborazione dei dati. Ciò avviene in particolare per il chiarimento dei rischi, per la determinazione dei premi e per combattere le frodi assicurative; ne possono essere interessati anche i dati personali particolarmente sensibili o i profili di personalità. Dove necessario la Mobiliare chiederà il consenso della persona interessata. Questa disposizione è applicabile anche quando il contratto non è concluso.

I dati sono elaborati anche a scopo di marketing. Ciò può comprendere, tra l'altro, lo svolgimento di pubblicità per i propri prodotti e servizi (p.es. tramite newsletter), l'individualizzazione delle misure di marketing e la relativa analisi dei dati (p.es. tramite profiling), la creazione di segmenti e profili di clienti, nonché l'analisi e la valutazione dell'utilizzo di siti web (p.es. tramite cookie). I dati vengono trasmessi e utilizzati all'interno del Gruppo Mobiliare (compagnie assicurative e non) nella misura in cui non sia necessario ottenere un apposito consenso. È possibile opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati per scopi di marketing.

I dati sono archiviati elettronicamente e/o fisicamente in varie banche dati, come documenti elettronici dei clienti, sistemi di amministrazione dei contratti e sistemi di applicazioni per i sinistri. A causa delle disposizioni di legge, i dati particolarmente rilevanti per gli affari sono conservati per almeno dieci anni dalla cessazione del contratto e i dati dei sinistri sono conservati per almeno dieci anni dalla liquidazione del sinistro. Qualora la legge lo autorizzi, i dati non più necessari vengono cancellati.

Per informazioni dettagliate sul trattamento dei dati personali consulti la «Dichiarazione sulla protezione dei dati per i contratti di assicurazione» al sito www.mobiliare.ch/dp-contratti.

Condizioni generali di assicurazione

Indice

Articolo	Pagina	Articolo	Pagina
Disposizioni generali		Prestazioni	
A Basi dell'assicurazione	8	M Aspetti generali	12
1 Assicuratore	8	1 Assicurazione danni	12
2 Scopo	8	2 Colpa grave	12
3 Basi legali	8	3 Reddito determinante e calcolo delle prestazioni	13
4 Sanzioni economiche, commerciali o finanziarie	8	4 Riduzione dell'indennità	13
5 Incarico a un terzo	8	5 Prestazioni di terzi	13
B Stipulazione dell'assicurazione	8	6 Soggiorno all'estero con sinistro in corso	13
1 Obbligo di dichiarazione	8	7 Imposta alla fonte	13
2 Inizio e scadenza del contratto di assicurazione	8	N Assicurazione malattia collettiva	13
3 Polizza	8	1 Indennità giornaliera per lavoratori indipendenti, familiari collaboratori e dipendenti	13
C Modifica dell'assicurazione	8	2 Assicurazione di maternità a complemento dell'indennità secondo la LIPG per dipendenti	14
1 Adattamento del contratto	8	3 Assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG per dipendenti	14
2 Aggravamento e riduzione del rischio	8	4 Pagamento del salario in caso di decesso per dipendenti	15
D Scioglimento dell'assicurazione	9	5 Esclusioni generali dalla copertura nell'assicurazione malattia collettiva	15
1 Disdetta	9	6 Libero passaggio per dipendenti	15
2 Motivazione fraudolenta del diritto all'assicurazione	9	O Assicurazione infortuni per lavoratori indipendenti e i loro familiari collaboratori	16
3 Cessazione dell'attività commerciale o trasferimento della sede commerciale all'estero	9	1 Spese di cura	16
E Conteggio premi	9	2 Indennità giornaliera	16
1 Scadenza	9	3 Capitale d'invalidità	16
2 Dichiarazione	9	4 Capitale in caso di decesso	17
F Partecipazione alle eccedenze	10	5 Esclusioni generali dalla copertura nell'assicurazione infortuni	18
G Obblighi di annuncio e altri obblighi	10	6 Prestazioni dopo la cessazione del contratto di assicurazione	18
1 Aspetti generali	10	Definizioni	
2 Informazione delle persone assicurate	10	1 Lavoratori indipendenti	18
3 Ulteriori assicurazioni danni	10	2 Familiari collaboratori	18
4 Doveri in caso di sinistro	11	3 Dipendenti	18
5 Informazioni generali sulle violazioni contrattuali	11	4 Malattia	18
6 Obbligo di comunicazione protezione dei dati	11	5 Incapacità al lavoro	19
H Foro competente	11	6 Medico	19
I Protezione dei dati	12	7 Personale di cura	19
Copertura assicurativa		8 Aiuti domestici	19
J Persone assicurate	12	9 Ospedali	19
K Validità territoriale	12	10 Stabilimenti di cura	19
L Inizio, sospensione e fine della copertura assicurativa per la singola persona assicurata	12	11 Età finale per l'indennità giornaliera	19
1 Inizio della copertura assicurativa	12		
2 Sospensione della copertura assicurativa in caso di congedo non retribuito per dipendenti	12		
3 Fine della copertura assicurativa	12		

Condizioni generali di assicurazione

Disposizioni generali

A Basi dell'assicurazione

1 Assicuratore

L'assicuratore è la Mobiliare Svizzera Società d'assicurazioni SA con sede a Berna, in seguito denominata «Mobiliare».

2 Scopo

L'assicurazione malattia collettiva serve a proteggere le persone assicurate dalle conseguenze economiche dell'incapacità al lavoro in caso di malattia.

L'assicurazione di maternità a complemento dell'indennità secondo la LIPG serve a coprire la perdita di guadagno in seguito al parto.

L'assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG serve a coprire la perdita di guadagno dell'altro genitore in seguito al parto.

Il pagamento del salario in caso di decesso in seguito a una malattia assicurata serve a coprire il salario che lo stipulante, ai sensi del codice delle obbligazioni, è tenuto a versare ai superstiti di un dipendente deceduto.

L'assicurazione contro gli infortuni serve a proteggere il lavoratore indipendente e i suoi familiari collaboratori contro le conseguenze economiche di infortuni e malattie professionali.

3 Basi legali

Le basi del contratto di assicurazione sono costituite dall'offerta, dalla proposta, da eventuali dichiarazioni sullo stato di salute, dalla polizza comprese eventuali aggiunte, dalle condizioni generali d'assicurazione e dalle condizioni particolari nonché qualsiasi altra dichiarazione scritta dello stipulante e delle persone assicurate rilasciata alla Mobiliare e ai medici che svolgono le visite.

Se non espressamente convenuto altrimenti, valgono le disposizioni della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

4 Sanzioni economiche, commerciali o finanziarie

A prescindere da disposizioni contrattuali di tenore diverso, il presente contratto di assicurazione non garantisce copertura assicurativa o altre prestazioni dell'assicuratore, se e fintanto che vi si oppongano sanzioni legali applicabili di natura economica, commerciale o finanziaria.

5 Incarico a un terzo

Se lo stipulante incarica e autorizza un terzo (p.es. broker/intermediario), la Mobiliare è autorizzata a ricevere e spedire corrispondenza (richieste, informazioni, dichiarazioni, volontà ecc.) dal/al terzo incaricato. Se la validità di una prestazione o dichiarazione della Mobiliare nei confronti dello stipulante dipende dal rispetto di un termine, questo s'intende rispettato con l'arrivo della stessa presso il terzo incaricato. Se lo stipulante è rappresentato da un terzo incaricato, le dichiarazioni e le comunicazioni da parte sua valgono solo dopo che sono pervenute alla Mobiliare.

Se un terzo incaricato rappresenta gli interessi dello stipulante nella stipula o nell'assistenza circa il presente contratto di assicurazione, è possibile che la Mobiliare paghi a questo terzo incaricato un'indennità per questa attività. Qualora lo stipulante desideri maggiori informazioni sull'entità di questa indennità può rivolgersi direttamente al terzo incaricato.

B Stipulazione dell'assicurazione

1 Obbligo di dichiarazione

Alla proposta di stipula del contratto di assicurazione, lo stipulante e le persone assicurate sono tenuti a comunicare alla Mobiliare in modo corretto, per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, fatti o elementi che comportano un rischio rilevante, di cui sono o devono essere a conoscenza e a proposito dei quali sono stati interpellati.

Si considerano rilevanti quelle situazioni di rischio suscettibili d'influenzare la decisione in merito all'accettazione dell'assicurazione oppure alla sua accettazione alle condizioni convenute.

2 Inizio e scadenza del contratto di assicurazione

L'assicurazione inizia alla data indicata nella polizza e vale per la durata convenuta nella polizza. Se non disdetta entro i termini, l'assicurazione si rinnova tacitamente di anno in anno.

3 Polizza

Sono assicurate anche tutte le coperture assicurative elencate nelle condizioni generali di assicurazione, a condizione che siano elencate nella polizza.

C Modifica dell'assicurazione

1 Adattamento del contratto

All'inizio di un nuovo anno assicurativo la Mobiliare può modificare il contratto di assicurazione in caso di modifiche legislative o di giurisprudenza o in caso di modifica delle condizioni di assicurazione, delle tariffe dei premi o delle condizioni per i ribassi. Le modifiche devono essere annunciate al più tardi 25 giorni prima della fine dell'anno assicurativo.

Qualora lo stipulante non concordi con la modifica può disdire la parte interessata della polizza. La disdetta è valida se perviene alla Mobiliare al più tardi l'ultimo giorno dell'anno assicurativo. In mancanza di disdetta da parte dello stipulante, la modifica si ritiene accettata.

Non danno diritto alla disdetta le modifiche

- dei premi o delle prestazioni a favore dello stipulante;
- dovute alla concessione, la modifica o la soppressione di uno sconto.

2 Aggravamento e riduzione del rischio

Lo stipulante e la persona assicurata devono comunicare alla Mobiliare ogni modifica di un fatto rilevante per la valutazione del rischio assicurato e a proposito del quale sono stati interpellati, entro quattro settimane da quando ne sono venuti a conoscenza, per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.

Se lo stipulante omette di comunicare l'aggravamento essenziale del rischio, la Mobiliare non è più vincolata al contratto per l'avvenire.

Entro 14 giorni dalla segnalazione di aggravamento essenziale del rischio, la Mobiliare è autorizzata ad aumentare il premio, con effetto a partire dal momento dell'aggravamento del rischio, o a disdire il contratto. Se lo stipulante non è d'accordo con l'aumento del premio, può disdire il contratto entro quattro settimane per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo. La copertura della Mobiliare cessa 14 giorni dopo che è pervenuta la disdetta.

In caso di riduzione significativa del rischio, lo stipulante può disdire il contratto entro quattro settimane o chiedere una riduzione del premio. Se la Mobiliare rifiuta una riduzione del premio oppure se lo stipulante non concorda con la riduzione proposta, lo stipulante può disdire il contratto entro quattro settimane dal ricevimento del parere della Mobiliare. Le dichiarazioni dello stipulante devono essere presentate per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo. Il periodo di preavviso è di quattro settimane.

D Scioglimento dell'assicurazione

1 Disdetta

1.1 Aspetti generali

La disdetta può avvenire per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.

1.2 Disdetta ordinaria

Entrambe le parti possono disdire il contratto di assicurazione alla fine del periodo contrattuale convenuto e alla fine del terzo e di ogni anno assicurativo successivo. La disdetta deve pervenire alla controparte al più tardi tre mesi prima della scadenza.

In caso di tacito rinnovo del contratto di assicurazione, esso può essere disdetto con un preavviso di tre mesi alla fine dell'anno assicurativo.

1.3 Disdetta straordinaria

Entrambe le parti possono disdire il contratto per gravi motivi. Si considera grave motivo segnatamente una modifica imprevedibile delle disposizioni legali che rende impossibile l'adempimento del contratto oppure qualsiasi circostanza a seguito della quale la prosecuzione del contratto da parte di chi lo disdice non sia più ragionevolmente esigibile per ragioni di buona fede.

1.4 Violazione dell'obbligo di informazione dell'assicuratore

Lo stipulante può disdire il contratto assicurativo se la Mobiliare prima della stipula dell'assicurazione ha violato l'obbligo di informare lo stipulante.

Il diritto di disdetta termina quattro settimane dopo che lo stipulante è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo e delle informazioni di cui all'articolo 3 LCA, ma al più tardi due anni dopo la violazione. La disdetta è valida dal momento in cui essa perviene alla Mobiliare.

1.5 Violazione dell'obbligo di dichiarazione

La Mobiliare può disdire il contratto di assicurazione se lo stipulante o la persona assicurata nelle risposte alle domande della proposta o del questionario sullo stato di salute non ha dichiarato correttamente o ha omesso di dichiarare un fatto o un elemento che comporta un rischio rilevante, violando in tal modo l'obbligo di dichiarazione.

La disdetta ha effetto dal momento in cui perviene allo stipulante. Il diritto di disdetta si estingue quattro settimane dopo che la Mobiliare è venuta a conoscenza della violazione.

Se il contratto di assicurazione riguarda più persone e se l'obbligo di annuncio è violato solo da una parte di queste persone, l'assicurazione rimane in vigore per la parte rimanente.

L'obbligo della Mobiliare di accordare una prestazione si estingue per i sinistri che si sono già verificati, se la loro insorgenza o estensione sono state influenzate dalla mancata o non corretta dichiarazione di un fatto o elemento che comporta un rischio rilevante. Se per questi danni sono già state fornite prestazioni, la Mobiliare ha diritto alla loro restituzione.

1.6 Cumulo di assicurazioni

Lo stipulante può disdire il contratto di assicurazione entro quattro settimane, se al momento della stipula del contratto di assicurazione non sapeva che si sarebbe creato un cumulo di assicurazioni.

2 Motivazione fraudolenta del diritto all'assicurazione

In caso di frodi nelle giustificazioni (art. 40 LCA) la Mobiliare non è vincolata al contratto nei confronti dell'avente diritto. La Mobiliare non è inoltre vincolata al presente contratto di assicurazione se viene fornita una giustificazione fraudolenta in relazione a un altro contratto di assicurazione presso la Mobiliare.

3 Cessazione dell'attività commerciale o trasferimento della sede commerciale all'estero

Se lo stipulante cessa la sua attività oppure trasferisce la sede all'estero, il contratto di assicurazione si estingue a partire dalla data di trasferimento o di cessazione dell'attività.

Lo stipulante è tenuto a comunicare immediatamente alla Mobiliare la cessazione dell'attività ed il trasferimento della sede all'estero.

E Conteggio premi

1 Scadenza

I premi dell'assicurazione scelta sono riportati nella polizza e vengono riscossi una volta l'anno in anticipo. Altre modalità di pagamento sono possibili dietro pagamento di un supplemento.

2 Dichiarazione

2.1 Dipendenti con salario soggetto ai contributi AVS

Se è stato convenuto un premio provvisorio, il premio definitivo viene calcolato in base alle indicazioni che lo stipulante deve fornire annualmente alla fine dell'anno assicurativo o dopo lo scioglimento del contratto (dichiarazione della massa salariale).

Alla prima stipula del contratto la Mobiliare rinuncia alla prima dichiarazione della massa salariale alla fine dell'anno assicurativo se il relativo periodo di dichiarazione ammonta a meno di tre mesi.

Per la dichiarazione lo stipulante riceve dalla Mobiliare un apposito modulo che deve essere compilato e rispedito alla Mobiliare entro 30 giorni. La dichiarazione può essere inviata per posta o per via elettronica.

Se lo stipulante non inoltra la documentazione dichiarativa richiesta, il conteggio del premio viene effettuato in base alla stima della Mobiliare.

Lo stipulante ha il diritto di contestare la stima entro 30 giorni dal ricevimento del conteggio. In mancanza di contestazione il premio stimato si considera accettato dallo stipulante.

La Mobiliare ha facoltà di verificare in qualsiasi momento l'esattezza della stima o i dati forniti dallo stipulante.

La Mobiliare ha il diritto di visionare qualsiasi documentazione dell'impresa (p.es. iscrizioni dei salari, ricevute, conteggi AVS) determinante per la verifica dei dati sulla dichiarazione della massa salariale. In particolare, lo stipulante è tenuto a far pervenire alla Mobiliare a prima richiesta una copia della dichiarazione AVS. Lo stipulante autorizza inoltre la Mobiliare a prendere visione dei relativi atti direttamente presso la cassa di compensazione AVS.

Se lo stipulante rifiuta una verifica o fornisce intenzionalmente informazioni inesatte, la Mobiliare può disdire il contratto di assicurazione a decorrere dal momento in cui viene rifiutata la verifica o in cui vengono scoperte le informazioni inesatte. La Mobiliare ha il diritto di richiedere allo stipulante i premi che sarebbero stati dovuti in caso di informazioni corrette. Il contratto di assicurazione si estingue al momento in cui la disdetta perviene allo stipulante. Se la differenza fra il premio provvisorio e quello definitivo è superiore al 30 per cento, la Mobiliare può adeguare proporzionalmente il premio provvisorio a decorrere dall'anno assicurativo seguente.

2.2 Persone specificate nominativamente nella polizza

Per le persone specificate nominativamente nella polizza è stata concordata una massa salariale annua fissa. Per queste persone non va presentata una dichiarazione della massa salariale.

F Partecipazione alle eccedenze

Se è stata concordata una partecipazione alle eccedenze, lo stipulante riceve l'eventuale eccedenza del suo contratto di assicurazione per la prima volta dopo la fine del periodo di osservazione. Se il contratto si rinnova tacitamente, successivamente si applica un periodo di osservazione di tre anni completi.

Indipendentemente dal periodo di osservazione, può essere computata una partecipazione alle eccedenze dopo la contabilizzazione di una proposta sostitutiva con variazione della percentuale di eccedenze, delle spese amministrative, del numero di polizza o in caso di modifica della scadenza del contratto.

Dai premi riguardanti il periodo di osservazione (senza i premi per rendite d'invalidità) si deducono:

- l'importo per costi amministrativi e supplemento di rischio risultante dal tasso percentuale convenuto;
- le prestazioni fornite per sinistri (senza rendite di invalidità) subentrati durante il periodo di osservazione. Come data d'inizio vale il primo giorno dell'incapacità al lavoro accertata dal medico.

Lo stipulante riceve la quota convenuta dell'eventuale eccedenza residua.

Il conteggio avviene al più presto quattro mesi dopo la fine del periodo di osservazione, quando sono stati pagati i premi definitivi maturati nel periodo di osservazione e liquidati i rispettivi sinistri. Eventuali disavanzi non vengono riportati al successivo periodo di osservazione. In caso di ricaduta a conteggio avvenuto le prestazioni erogate posteriormente sono considerate nel nuovo periodo di osservazione. Il diritto alla partecipazione alle eccedenze si estingue se il contratto di assicurazione viene annullato prima della fine del periodo di osservazione.

G Obblighi di annuncio e altri obblighi

1 Aspetti generali

1.1 Aggravamento del rischio

Lo stipulante e la persona assicurata devono comunicare alla Mobiliare ogni modifica di un fatto rilevante per la valutazione del rischio assicurato e a proposito del quale sono stati interpellati, entro quattro settimane da quando ne sono venuti a conoscenza, per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.

Se lo stipulante omette di comunicare un aggravamento essenziale del rischio, la Mobiliare non è più vincolata al contratto per l'avvenire.

1.2 Cambiamento dell'attività, del domicilio dell'azienda, dello scopo dell'azienda e rilevamento di un'altra azienda

Lo stipulante deve comunicare immediatamente alla Mobiliare il cambiamento dell'attività, del domicilio dell'azienda, dello scopo dell'azienda e il rilevamento di un'altra azienda.

La Mobiliare adatta quindi il contratto di assicurazione alle mutate condizioni. Sono fatte salve le disposizioni sull'aggravamento e sulla riduzione essenziale del rischio.

1.3 Modifica del tasso di occupazione di persone specificate nominativamente nella polizza

Lo stipulante è tenuto a comunicare senza indugio alla Mobiliare le variazioni del tasso di occupazione delle persone assicurate specificate nominativamente nella polizza.

Se lo stipulante omette di comunicare alla Mobiliare le variazioni del tasso di occupazione delle persone specificate nominativamente nella polizza, in caso di sinistro la Mobiliare può ridurre proporzionalmente le prestazioni e adeguare retroattivamente il contratto di assicurazione a partire dalla data di variazione del tasso di occupazione.

2 Informazione delle persone assicurate

Lo stipulante è tenuto a informare le persone assicurate sul contenuto essenziale del contratto di assicurazione, sulle sue modifiche e sul suo scioglimento e in modo particolare sulle possibilità di proseguimento dell'assicurazione in caso di uscita dalla cerchia di persone assicurate o in caso di estinzione del contratto di assicurazione. La Mobiliare mette a disposizione dello stipulante i documenti necessari all'informazione.

3 Ulteriori assicurazioni danni

Le persone specificate nominativamente nella polizza devono comunicare senza indugio alla Mobiliare la stipula di ulteriori assicurazioni danni che erogano prestazioni in caso di infortunio o malattia o l'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF. Le prestazioni ed i premi della Mobiliare vengono adeguati alle esigenze effettive.

In assenza di tale comunicazione, in caso di sinistro la Mobiliare può ridurre o rifiutare le prestazioni e adeguare o annullare retroattivamente il contratto di assicurazione a partire dalla data di stipula delle altre assicurazioni danni o di assoggettamento all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF.

4 Doveri in caso di sinistro

4.1 Consultazione di un medico

Per ogni sinistro che dà verosimilmente diritto a percepire prestazioni assicurative deve essere consultato immediatamente un medico. La persona assicurata è tenuta a seguire le disposizioni del medico e del personale di cura. La Mobiliare fornisce prestazioni solo se la persona assicurata si sottopone regolarmente a controlli medici e a una visita medica almeno ogni quattro settimane. La persona assicurata è inoltre tenuta a sottoporsi a una visita, trattamento o provvedimento d'integrazione ragionevole disposto dalla Mobiliare a fini diagnostici o di determinazione delle prestazioni o per favorire un miglioramento della capacità di guadagno.

Qualora la persona assicurata si rifiuti di seguire le disposizioni del medico oppure non si sottoponga ai regolari controlli medici o alle visite disposte, la Mobiliare può ridurre o rifiutare le prestazioni.

4.2 Notifica di sinistro

Ogni sinistro deve essere notificato alla Mobiliare entro 30 giorni. Qualora la notifica avvenga più tardi, l'obbligo di prestazione è sospeso fino all'arrivo della notifica. Il termine di attesa è calcolato a decorrere da tale giorno.

I giorni persi vengono computati alla durata delle prestazioni. Se la notifica di sinistro sopraggiunge dopo più di due anni dal momento in cui è subentrato, non sussiste più alcun diritto alle prestazioni.

Nel caso dell'assicurazione di maternità a complemento dell'indennità secondo la LIPG, il diritto alla prestazione va comunicato alla Mobiliare entro 30 giorni dall'avvenuto conteggio delle prestazioni dell'indennità di maternità secondo la LIPG. Va fatta pervenire alla Mobiliare anche una copia del conteggio della Cassa di compensazione. Il diritto alle prestazioni decade se esso non viene comunicato alla Mobiliare entro due anni dall'avvenuto conteggio delle prestazioni dell'indennità di maternità secondo la LIPG.

Nel caso dell'assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG, il diritto alla prestazione va comunicato alla Mobiliare entro 30 giorni dall'avvenuto conteggio delle prestazioni dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG. Va fatta pervenire alla Mobiliare anche una copia del conteggio della Cassa di compensazione. Il diritto alle prestazioni decade se esso non viene comunicato alla Mobiliare entro due anni dall'avvenuto conteggio delle prestazioni dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG.

Il decesso del lavoratore indipendente o di un familiare collaboratore va notificato alla Mobiliare entro un termine tale che le consenta di richiedere un'autopsia prima della sepoltura. Se l'autopsia della salma viene negata o risulta impossibile a causa della notifica tardiva e pertanto non è possibile stabilire con certezza la causa del decesso, il diritto alle prestazioni decade.

4.3 Obblighi d'informazione

Lo stipulante, la persona assicurata e gli aventi diritto sono tenuti a fornire alla Mobiliare in modo veritiero ogni informazione richiesta e a consegnarle tutti i documenti – in particolare informazioni e referti medici – specie in merito all'evento assicurato e su eventuali malattie e infortuni precedenti. I medici che hanno visitato la persona assicurata devono essere liberati dal segreto professionale.

La Mobiliare può ordinare visite e perizie presso medici da essa stessa designati.

La Mobiliare può richiedere allo stipulante gli attestati di iscrizione e di assicurazione delle assicurazioni sociali.

Se per accertare il diritto alle prestazioni è necessaria la verifica dell'andamento degli affari, lo stipulante deve garantire alla Mobiliare la possibilità di consultare i libri contabili.

Se la persona assicurata non è in grado di adempiere ai propri obblighi, essi devono essere adempiuti dal suo rappresentante e da eventuali aventi diritto.

Se lo stipulante o la persona assicurata non ottemperano agli obblighi di legge e contrattuali entro 30 giorni dopo l'avvenuto sollecito scritto, il diritto alle prestazioni decade. Il sollecito deve richiamare l'attenzione sulle conseguenze della negligenza.

4.4 Limitazione del danno

La persona assicurata deve fare tutto ciò che può ragionevolmente contribuire alla riduzione delle prestazioni assicurative ed evitare tutto ciò che conduce ad un aumento delle prestazioni assicurative. Se questo obbligo di limitazione del danno viene violato, le prestazioni vengono proporzionalmente decurtate.

Se l'incapacità al lavoro dura più di 90 giorni, si prende in considerazione anche una possibile attività nell'ambito di una professione o sfera di competenze diversa. Se la persona assicurata rifiuta di adoperarsi per un'attività ragionevole nell'ambito di una professione o sfera di competenze diversa, la rifiuta oppure non si iscrive all'ufficio regionale di collocamento (URC) per trovare un lavoro o percepire prestazioni, il grado dell'incapacità lavorativa viene valutato tenendo conto dell'intero mercato del lavoro e l'indennità giornaliera viene proporzionalmente ridotta.

4.5 Collaborazione con l'assicurazione invalidità (AI)

La persona assicurata deve annunciarsi all'ufficio AI di competenza per il rilevamento e l'intervento tempestivo, qualora per motivi di salute sia stata incapace al lavoro ininterrottamente per almeno 30 giorni oppure si sia dovuta assentare ripetutamente nel corso di un anno per un periodo più breve.

Inoltre, al più tardi sei mesi dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro, la persona assicurata deve annunciarsi all'ufficio AI per percepire prestazioni. L'annuncio per il rilevamento tempestivo non vale come annuncio per le prestazioni dell'AI.

Se la persona assicurata omette di annunciarsi per percepire prestazioni, la Mobiliare può ridurre le prestazioni di un importo corrispondente alle prestazioni AI mancate oppure chiedere alla persona assicurata il rimborso, nella misura corrispondente, delle prestazioni già erogate.

5 Informazioni generali sulle violazioni contrattuali

Se è stato concordato che lo stipulante o la persona assicurata subisca un pregiudizio giuridico a causa della violazione di un obbligo o di un dovere, tale pregiudizio non si applica se le circostanze indicano che la violazione va considerata involontaria, o se lo stipulante o la persona assicurata prova che la violazione non ha avuto alcuna influenza sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità delle prestazioni dovute dalla Mobiliare.

6 Obbligo di comunicazione protezione dei dati

Spetta a Lei richiamare l'attenzione delle parti terze coinvolte nel presente contratto di assicurazione, come p.es. persone assicurate o coassicurate, beneficiari o altri aventi diritto, di cui ci comunica i dati, in merito alla nostra «Dichiarazione sulla protezione dei dati per i contratti di assicurazione» oppure fornirli loro (consultabile al sito www.mobiliare.ch/dp-contratti).

H Foro competente

Per le pretese risultanti dal contratto di assicurazione la Mobiliare può essere citata nei seguenti luoghi:

- al foro del domicilio svizzero ovvero della sede dello stipulante;
- al foro del domicilio svizzero della persona assicurata o dell'avente diritto;
- al foro del luogo di lavoro svizzero della persona assicurata;
- alla sede della Mobiliare a Berna.

I Protezione dei dati

La Mobiliare ha a cuore la gestione responsabile dei suoi dati personali. Per informazioni dettagliate sul trattamento dei dati personali consulti la nostra «Dichiarazione sulla protezione dei dati per i contratti di assicurazione» al sito www.mobiliare.ch/dp-contratti. Per richiedere una versione stampata, si rivolga alla sua agenzia generale oppure al suo consulente assicurativo.

La dichiarazione sulla protezione dei dati viene aggiornata periodicamente per fornire le informazioni più attuali sul trattamento dei dati. Si applica l'ultima versione della dichiarazione sulla protezione dei dati. Eventuali modifiche della dichiarazione sulla protezione dei dati da parte della Mobiliare non danno diritto alla disdetta del contratto di assicurazione.

Copertura assicurativa

J Persone assicurate

Sono assicurati

- tutte le persone che appartengono ad una cerchia di persone designata nella polizza e
 - sono occupate nell'azienda assicurata come dipendenti; e
 - alla data di inizio del rapporto di lavoro presso lo stipulante non hanno raggiunto l'età di riferimento; e
 - non hanno ancora raggiunto l'età finale.

È considerato dipendente chi esercita un'attività lucrativa dipendente ai sensi dell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (AVS). Gli apprendisti sono considerati dipendenti;

Non sono considerati dipendenti i membri dell'organo direttivo (consiglio di amministrazione, consiglio di fondazione, comitato esecutivo, associati ecc.) dello stipulante che non hanno alcun contratto di lavoro con lo stipulante.

- lavoratori indipendenti citati nominalmente nella polizza e i loro familiari collaboratori.

K Validità territoriale

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo.

In Europa la copertura assicurativa non ha limitazioni temporali.

Fuori dall'Europa: per i dipendenti distaccati la copertura assicurativa sussiste fintanto che sono assicurati anche tramite l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF. Per gli altri assicurati la copertura assicurativa è sospesa dopo un soggiorno ininterrotto di 365 giorni.

L Inizio, sospensione e fine della copertura assicurativa per la singola persona assicurata

1 Inizio della copertura assicurativa

La copertura assicurativa per il dipendente assicurato inizia il giorno in cui comincia il rapporto di lavoro o matura il primo stipendio, al più presto a partire dalla data menzionata nella polizza assicurativa. Per le persone che a questa data non sono completamente abili al lavoro, la copertura assicurativa comincia solo con l'inizio dalla piena operatività come da contratto.

La copertura assicurativa per il lavoratore indipendente e i suoi familiari collaboratori inizia alla data indicata nella polizza.

2 Sospensione della copertura assicurativa in caso di congedo non retribuito per dipendenti

In caso di congedo non retribuito senza risoluzione del rapporto di lavoro, la copertura assicurativa è sospesa al più tardi a partire dal 215° giorno fino alla ripresa dell'attività assicurata. Per malattie contratte dopo il 215° giorno non vengono corrisposte prestazioni.

3 Fine della copertura assicurativa

Per i singoli dipendenti la copertura assicurativa si estingue:

- all'uscita dalla cerchia di persone assicurate;
- alla scadenza di un contratto di lavoro a tempo determinato o stagionale;
- al termine del rapporto di lavoro;
- al raggiungimento dell'età finale;
- all'estinzione della durata completa delle prestazioni convenuta nella polizza;
- con la conclusione del contratto di assicurazione.

Per il lavoratore indipendente e i suoi familiari collaboratori la copertura assicurativa si estingue:

- con la cessazione dell'attività di lavoratore indipendente;
- con la cessazione dell'attività nel ramo aziendale del lavoratore indipendente;
- con la cessazione del contratto di assicurazione;
- dopo sei mesi dal trasferimento del domicilio legale all'estero.

Il Principato del Liechtenstein è equiparato alla Svizzera. Per i frontalieri, il paese di domicilio è equiparato alla Svizzera.

Il lavoratore indipendente o i suoi familiari collaboratori devono comunicare immediatamente alla Mobiliare il trasferimento del domicilio legale all'estero.

Inoltre, la copertura per l'indennità giornaliera di malattia o infortunio si estingue:

- al raggiungimento dell'età finale;
- all'estinzione della durata completa delle prestazioni convenute nella polizza.

Prestazioni

M Aspetti generali

1 Assicurazione danni

L'assicurazione malattia collettiva e l'assicurazione infortuni per lavoratori indipendenti e i loro familiari collaboratori sono assicurazioni danni. Il capitale d'invalidità e in caso di decesso dell'assicurazione infortuni costituiscono un'eccezione e sono assicurazioni di somme.

2 Colpa grave

La Mobiliare rinuncia al diritto di ridurre le prestazioni a causa di una colpa grave.

3 Reddito determinante e calcolo delle prestazioni

Il reddito determinante per il calcolo delle prestazioni è il salario soggetto a contributi AVS compresa la franchigia AVS, a condizione che la persona in questione faccia parte della cerchia di persone assicurate, a cui si aggiungono gli assegni familiari e le indennità per i figli. Il salario massimo assicurato per persona è menzionato nella polizza.

Se per una persona assicurata è stata convenuta una massa salariale annua fissa, tale somma vale come salario assicurato.

È determinante dal punto di vista temporale il salario percepito immediatamente prima che subentrasse il sinistro, riportato al periodo di un anno. Per le persone assicurate con reddito notevolmente instabile (p.es. salari basati sulla cifra d'affari o sulle provvigioni, attività irregolare) la retribuzione degli ultimi dodici mesi prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa viene stimata su un anno intero e divisa per 365.

In caso di contratti di lavoro a tempo determinato o stagionali di durata inferiore a un anno, l'indennità giornaliera corrisponde a 1/365 del salario concordato per l'intero periodo di lavoro. Non viene preso in considerazione il salario derivante da un lavoro diverso da quello svolto per l'azienda assicurata.

Non sono prese in considerazione le indennità versate in seguito a disoccupazione, a scioglimento del rapporto di lavoro, in caso di chiusura e di fusione dell'azienda o in circostanze analoghe.

In caso di salario non in linea con gli usi professionali e locali, la Mobiliare può ridurre le sue prestazioni sulla base del salario corrispondente agli usi professionali e locali.

Nel caso dell'assicurazione di maternità a complemento dell'indennità secondo la LIPG non si considerano gli aumenti delle prestazioni oppure gli aumenti della massa salariale fissa durante la gravidanza.

Nel caso dell'assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG, non vengono prese in considerazione modifiche al contratto di assicurazione avvenute nei nove mesi che precedono la nascita se concernono un aumento delle prestazioni o aumenti della somma salariale annua fissa.

Si tiene conto, per la durata dell'incapacità lavorativa, di aumenti obbligatori del salario a causa di disposizioni del contratto collettivo di lavoro (CCL).

4 Riduzione dell'indennità

Se i danni alla salute sono riconducibili solo in parte agli eventi assicurati, le prestazioni vengono ridotte proporzionalmente secondo giudizi peritali.

Se la persona assicurata è già inabile al lavoro in seguito a un infortunio o una malattia, per un nuovo evento la Mobiliare riduce l'indennità del grado d'incapacità lavorativa preesistente.

5 Prestazioni di terzi

La Mobiliare subentra nei diritti della persona assicurata nella misura e al momento della sua prestazione per i danni analoghi da lei coperti. Sono fatte salve le eccezioni previste dalla legge relative al diritto di regresso della compagnia di assicurazione.

La Mobiliare decurta le proprie indennità giornaliere di malattia o infortunio se, insieme alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF), dell'assicurazione militare federale (LAM), dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI), della previdenza professionale obbligatoria e sovraobbligatoria (LPP), dell'assicurazione contro la disoccupazione (LADI), di un'assicurazione obbligatoria di maternità, di un'assicurazione obbligatoria di paternità o di un'assicurazione obbligatoria dell'altro genitore, dell'assicurazione obbligatoria contro la perdita di guadagno secondo la LIPG, dell'assicurazione di responsabilità civile, di un'altra assicurazione danni privata o di istituti d'assicurazione stranieri corrispondenti, esse eccedono l'indennità giornaliera assicurata.

La riduzione avviene sia in caso di prestazioni misurate in base al salario soggetto a contributi AVS, che in caso di prestazioni erogate in base ad una massa salariale annua fissa.

I giorni con prestazioni ridotte a causa del diritto a prestazioni di terzi vengono conteggiati come giorni interi per il periodo di prestazione e contano per intero per il calcolo del periodo di attesa. Ciò vale anche se la riduzione comporta che la Mobiliare non eroghi prestazioni.

La persona assicurata è tenuta a notificare agli altri assicuratori il diritto a prestazioni nei loro confronti.

Se nonostante la possibilità di riduzione si produce un indennizzo eccessivo (in particolare per effetto di prestazioni anticipate erogate dalla Mobiliare), la Mobiliare può chiedere la restituzione delle prestazioni versate in eccesso, detrarre dalle prestazioni future oppure compensarle direttamente con le prestazioni degli assicuratori menzionati in precedenza.

6 Soggiorno all'estero con sinistro in corso

Se una persona assicurata malata o infortunata avente diritto a prestazioni lascia la Svizzera senza preventivo ed esplicito consenso da parte della Mobiliare, il suo diritto a percepire prestazioni assicurative è sospeso per la durata del soggiorno all'estero. L'obbligo della Mobiliare di fornire prestazioni riprende al momento del rientro in Svizzera. I giorni trascorsi all'estero vengono computati alla durata delle prestazioni.

Il Principato del Liechtenstein è equiparato alla Svizzera. Per i frontalieri, il paese di domicilio è equiparato alla Svizzera.

7 Imposta alla fonte

La Mobiliare conteggia direttamente le imposte alla fonte sulle entrate sostitutive che è tenuta a computare in base alle disposizioni legali. L'indennizzo a favore della persona assicurata viene ridotto proporzionalmente.

N Assicurazione malattia collettiva

1 Indennità giornaliera per lavoratori indipendenti, familiari collaboratori e dipendenti

1.1 Diritto

L'indennità giornaliera viene erogata per ogni giorno civile di incapacità al lavoro almeno del 25 per cento accertata dal medico. Il diritto inizia alla scadenza del periodo di attesa concordato contrattualmente e a condizione che alla sua scadenza la persona assicurata figuri ancora nella cerchia delle persone assicurate.

Il periodo di attesa decorre dal giorno dell'accertamento medico dell'incapacità al lavoro, al più presto tuttavia sette giorni prima della prima visita medica. Si considerano giorni di attesa i giorni con un'incapacità al lavoro almeno del 25 per cento, certificata dal medico.

1.2 Parziale incapacità al lavoro

In caso di incapacità al lavoro parziale la Mobiliare corrisponde l'indennità giornaliera proporzionalmente al grado di incapacità al lavoro. In caso di incapacità al lavoro inferiore al 25 per cento non vi è diritto ad alcuna indennità giornaliera.

Se la persona assicurata è considerata disoccupata ai sensi della legge federale sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI), la Mobiliare versa:

- per un'incapacità al lavoro superiore al 50 per cento, l'indennità giornaliera completa;
- in caso di incapacità al lavoro superiore al 25 per cento sino al 50 per cento, la metà dell'indennità giornaliera;
- per un'incapacità al lavoro inferiore o uguale al 25 per cento, nessuna indennità giornaliera.

1.3 Prestazioni in caso di malattie e infermità preesistenti

Se l'ingresso nell'assicurazione è avvenuto previo esame dello stato di salute valgono le riserve comunicate per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo alla persona assicurata e da essa espressamente accettate.

Se l'ingresso nell'assicurazione è avvenuto senza previo esame dello stato di salute, le prestazioni – salvo accordi di diverso tenore – vengono erogate anche per malattie già esistenti all'inizio della copertura assicurativa.

I beneficiari di rendita che sono stati ammessi nell'assicurazione senza previo esame dello stato di salute sono assicurati per tutte le malattie che non riguardano disturbi preesistenti (e neppure l'aggravamento o la ricaduta di disturbi preesistenti), che abbiano dato diritto alla rendita.

Alle persone escluse dall'assicurazione non sono corrisposte prestazioni.

1.4 Durata delle prestazioni

La Mobiliare versa un'indennità giornaliera al massimo per la durata specificata nella polizza, tuttavia non oltre il raggiungimento dell'età finale.

Al raggiungimento dell'età di riferimento, la durata massima delle prestazioni per le persone

- a. che anche dopo tale data continuano ad essere assicurate (cfr. art. L3), corrisponde al massimo a ulteriori 180 giorni per tutti i sinistri in corso, se non termina prima;
- b. che in tale data sono ancora assicurate (cfr. art. J), corrisponde al massimo a 180 giorni per i nuovi sinistri, meno il periodo di attesa, tuttavia non oltre il raggiungimento dell'età finale.

La persona assicurata deve dimostrare che avrebbe continuato a svolgere un'attività lavorativa dopo il raggiungimento dell'età di riferimento anche se non si fosse verificata la malattia. L'obbligo di fornire prove si applica anche in caso di pensionamento anticipato.

Le prestazioni assicurative terminano in ogni caso al raggiungimento dell'età finale.

Sono inoltre fatte salve le disposizioni in merito alla durata delle prestazioni per dipendenti con contratti di lavoro a tempo determinato o stagionali.

I giorni di incapacità al lavoro parziale sono considerati giorni interi per il calcolo della durata delle prestazioni.

In caso di ricadute il termine d'attesa decade e le indennità già pagate sono computate alla durata delle prestazioni. La ricomparsa di una malattia non è considerata ricaduta se vi è stata una piena capacità lavorativa ininterrotta per più di 365 giorni.

Dopo l'esaurimento della durata delle prestazioni per un sinistro, l'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue per la singola persona assicurata. Contemporaneamente il diritto all'indennità giornaliera si estingue anche per eventuali altri casi di malattia in corso della medesima persona.

1.5 Durata delle prestazioni per contratti di lavoro a tempo determinato o stagionali

Per le persone assicurate con contratti di lavoro a tempo determinato che secondo la legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP) non sono soggetti all'assicurazione obbligatoria, la durata delle prestazioni è limitata a 30 giorni.

Gli apprendisti sono equiparati ai dipendenti impiegati a tempo indeterminato.

Se le persone assicurate sono soggette ad un contratto collettivo di lavoro (CCL) con condizioni di diverso tenore, sono valide queste ultime nella misura in cui lo stipulante abbia concordato una copertura conforme al CCL.

Se la persona assicurata ha diritto a condizioni più favorevoli in virtù di una convenzione di libero passaggio, saranno applicate tali condizioni.

1.6 Prestazioni per dipendenti in caso di congedo non retribuito

Se una persona assicurata si ammala durante un congedo non retribuito e al momento dell'inizio dell'incapacità al lavoro sussiste ancora la copertura assicurativa, il diritto alle prestazioni nasce a partire dal momento in cui era prevista la ripresa del lavoro se non fosse subentrata la malattia. Anche il periodo di attesa viene calcolato a partire da questo momento.

1.7 Prestazioni suppletive

Se al momento dell'uscita dalla cerchia di persone assicurate oppure al termine del contratto di assicurazione una persona assicurata percepisce già prestazioni, il diritto permane anche dopo questo termine, fatte salve le disposizioni sulla durata delle prestazioni e sull'età finale.

Il diritto sussiste a condizione che l'incapacità al lavoro ininterrotta sia almeno del 25 per cento. Le prestazioni già versate vengono computate alla durata delle prestazioni.

1.8 Maternità

Dopo ogni parto avvenuto dopo il sesto mese di gravidanza, l'obbligo di prestazione è sospeso per la durata dell'indennità di un'assicurazione obbligatoria di maternità (p. es. indennità di maternità secondo la LIPG ai sensi della legge sulle indennità di perdita di guadagno), ma al minimo per otto settimane.

2 Assicurazione di maternità a complemento dell'indennità secondo la LIPG per dipendenti**2.1 Diritto**

Se la polizza comprende anche un'assicurazione di maternità a complemento dell'indennità secondo la LIPG, la Mobiliare paga le prestazioni convenute per ogni parto per il quale viene corrisposta un'indennità di maternità secondo la LIPG.

Il diritto sussiste a condizione che al momento dell'inizio della gravidanza la persona facesse già parte della cerchia di persone assicurate e che vi fosse copertura assicurativa.

2.2 Durata delle prestazioni

Le prestazioni convenute vengono erogate ad integrazione di quelle dell'indennità di maternità secondo la LIPG e fintanto che quest'ultima eroga le proprie prestazioni. Allo scadere delle prestazioni dell'indennità di maternità secondo la LIPG, la Mobiliare paga le prestazioni convenute per la durata fissata nella polizza.

Il diritto sussiste a condizione che al momento dell'inizio della gravidanza la persona facesse già parte della cerchia di persone assicurate e che vi fosse copertura assicurativa.

2.3 Prestazioni suppletive

Le prestazioni suppletive sono escluse se alla cessazione del contratto la maternità continua ad essere assicurata da un nuovo assicuratore.

3 Assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG per dipendenti**3.1 Diritto**

In presenza di un'assicurazione dell'altro genitore a complemento dell'indennità secondo la LIPG, la Mobiliare eroga le prestazioni convenute per ogni parto per il quale viene corrisposta un'indennità dell'altro genitore secondo la LIPG.

Il diritto sussiste a condizione che la persona assicurata facesse già parte della cerchia delle persone assicurate almeno nove mesi prima della nascita del figlio o della figlia e che in quel momento, godesse della copertura assicurativa.

3.2 Durata delle prestazioni

Se viene corrisposta un'indennità dell'altro genitore secondo la LIPG, la Mobiliare eroga le prestazioni convenute a complemento di questa indennità. Esaurite le prestazioni dell'indennità dell'altro genitore secondo la LIPG, la Mobiliare continua a versare le prestazioni convenute per la durata stabilita nella polizza. Il congedo dell'altro genitore deve essere richiesto nei dodici mesi successivi alla nascita del figlio o della figlia.

Le prestazioni assicurate vengono erogate in un'unica soluzione. Il pagamento è dovuto nel momento in cui la Mobiliare dispone del conteggio della Cassa di compensazione e della conferma scritta dello stipulante in cui è indicato il numero di giorni di lavoro in cui l'altro genitore ha goduto del congedo dell'altro genitore nei dodici mesi successivi al parto. Per il calcolo dell'indennità, il numero di indennità giornaliere dovute per il periodo di indennità dell'altro genitore secondo la LIPG si basa sul conteggio della Cassa di compensazione. Esaurite le prestazioni dell'indennità dell'altro genitore secondo la LIPG, la Mobiliare versa, nell'ambito delle prestazioni assicurate, due indennità giornaliere complementari ogni cinque giorni di congedo goduti. La Mobiliare è autorizzata a verificare in ogni momento le condizioni su cui si basano le prestazioni.

3.3 Prestazioni suppletive

Il diritto alle prestazioni termina tre mesi dopo l'uscita dalla cerchia di persone assicurate oppure dopo il termine del contratto di assicurazione.

4 Pagamento del salario in caso di decesso per dipendenti

Se è assicurato il pagamento del salario in caso di decesso per dipendenti e se una persona assicurata muore a causa di una malattia assicurata, la Mobiliare paga, sulla base del guadagno assicurato, il salario che deve essere corrisposto ai superstiti dallo stipulante ai sensi dell'articolo 338 capoverso 2 del codice delle obbligazioni (CO).

Il fatto che lo stipulante abbia assunto volontariamente l'impegno a corrispondere il salario per un periodo superiore a quello stabilito dalla legge non vi dà diritto a prestazioni.

5 Esclusioni generali dalla copertura nell'assicurazione malattia collettiva

Non sono assicurati:

- a. gli infortuni e le relative conseguenze;
- b. le malattie professionali, prese a carico dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF;
- c. i danni alla salute imputabili a radiazioni ionizzanti. Sono tuttavia assicurati i danni alla salute provocati da radioterapie prescritte dal medico in relazione a malattie assicurate;
- d. le conseguenze di interventi estetici;
- e. i disturbi preesistenti (anche il loro aggravamento e le loro ricadute), nella misura in cui abbiano comportato per i beneficiari di rendite AI non tenuti a dichiarazioni sullo stato di salute il diritto alla rendita AI.
- f. conseguenze di eventi bellici
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che l'incapacità al lavoro subentri entro 30 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese in cui soggiorna la persona assicurata e che questa sia stata sorpresa dallo scoppio delle ostilità;
- g. in seguito alla partecipazione attiva ad attentati terroristici.

6 Libero passaggio per dipendenti

La singola persona domiciliata in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein

- dopo l'uscita dalla cerchia di persone assicurate; oppure
- alla cessazione del contratto di assicurazione; oppure
- in caso percepisca prestazioni suppletive dopo che è stato liquidato il sinistro in corso

ha il diritto entro 90 giorni di richiedere alla Mobiliare la stipulazione di un'assicurazione d'indennità giornaliera secondo le condizioni dell'assicurazione malattia individuale. È fatto salvo l'art. 100 cpv. 2 LCA.

I frontalieri aventi domicilio legale in un Paese che confina direttamente con la Svizzera posso passare all'assicurazione malattia individuale se subito dopo l'uscita dall'assicurazione malattia collettiva sono disoccupati ai sensi della legge federale sulla disoccupazione (AD) e percepiscono indennità giornaliera da questa assicurazione.

Per l'ammissione la Mobiliare applica le seguenti direttive:

- La copertura assicurativa con le riserve eventualmente convenute viene ripresa nell'assicurazione malattia (libero passaggio dall'assicurazione malattia collettiva).
- Per la valutazione dello stato di salute dei beneficiari di rendita d'invalidità che sono stati inclusi nell'assicurazione malattia collettiva senza previo esame dello stato di salute, è determinante la data dell'entrata nell'assicurazione malattia collettiva della Mobiliare.
- Per le indennità giornaliere assicurate precedentemente la Mobiliare concede alla persona assicurata la copertura assicurativa nell'ambito delle condizioni e delle tariffe vigenti dell'assicurazione individuale senza esame dello stato di salute. L'ultimo salario assicurato di questa assicurazione serve come base per il salario assicurabile nell'assicurazione individuale. Tuttavia è assicurabile al massimo l'importo che risulta o risulterebbe dall'indennità di disoccupazione. Per i disoccupati, ai sensi della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI) può essere accordata una riduzione a 30 giorni del periodo di attesa.

Il nuovo premio è calcolato secondo la tariffa individuale, tuttavia sulla base dell'età di ingresso nell'assicurazione malattia collettiva. Non vengono garantite prestazioni che per ammontare e durata superano quelle precedenti.

Le prestazioni erogate dall'assicurazione malattia collettiva vengono computate alle prestazioni dell'assicurazione malattia individuale.

Non sussiste diritto di passaggio:

- a. dopo l'esaurimento della durata completa delle prestazioni convenute nella polizza;
- b. al raggiungimento dell'età di riferimento;
- c. in caso di pensionamento anticipato;
- d. per le persone domiciliati all'estero; sono fatte salve le disposizioni sulla libertà di passaggio dei frontalieri;
- e. per le persone che percepiscono prestazioni suppletive;
- f. per le persone con contratti di lavoro stagionali o a tempo determinato;
- g. per le persone assicurate che sono considerate lavoratori indipendenti o familiari collaboratori;
- h. in caso di cambiamento di lavoro e contemporaneo passaggio all'assicurazione collettiva di indennità giornaliera per malattia del nuovo datore di lavoro o in caso di annullamento della presente assicurazione e passaggio a un altro assicuratore della stessa cerchia di persone, se un nuovo assicuratore è tenuto a garantire la continuazione della copertura assicurativa in seguito a una convenzione di libero passaggio;
- i. nel caso in cui la motivazione del diritto all'assicurazione risulti fraudolenta ai sensi dell'articolo 40 LCA.

O Assicurazione infortuni per lavoratori indipendenti e i loro familiari collaboratori

1 Spese di cura

Le spese di cura sono coperte soltanto a complemento e in aggiunta alle prestazioni della LAMAL, LAINF, AMF, IPG. Le spese già pagate da altri assicuratori, come pure le riduzioni di prestazioni secondo la LAMAL o la LAINF non vengono prese in carico. Questa disposizione è pure valida per le rispettive istituzioni assicurative all'estero.

Le prestazioni e le spese di cura che la Mobiliare assume illimitatamente sono corrisposte nel corso dei cinque anni successivi al verificarsi dell'evento assicurato senza limitazioni d'importo. Dopodiché per le medesime prestazioni e per le prestazioni rimborsate fino agli importi massimi fissati, vengono corrisposti complessivamente ancora CHF 500 000 per evento assicurato.

La Mobiliare paga illimitatamente per ogni evento assicurato:

- a. le spese necessarie e documentate per trattamenti terapeutici scientificamente riconosciuti, ordinati o applicati da un medico o un dentista;
- b. i medicinali prescritti da un medico;
- c. le spese ospedaliere in tutti i reparti di tutti gli ospedali;
- d. le spese per cure ordinate dal medico e eseguite in uno stabilimento di cura;
- e. le spese per i servizi medici del personale di cura fuori di un ospedale nella misura in cui, secondo il parere del medico, essi possono ridurre o evitare la degenza ospedaliera, come pure le spese per cure ambulatoriali ordinate dal medico nel corso delle misure terapeutiche;
- f. tutte le protesi provvisorie e la prima protesi definitiva;
- g. le spese per danni causati da un incidente ad oggetti che sostituiscono una parte del corpo o una sua funzione. Per occhiali, apparecchi acustici e protesi dentarie il diritto al risarcimento sussiste soltanto in caso di lesione corporale bisognosa di cure;
- h. le spese mediche necessarie al viaggio e al trasporto al luogo di cura (nella misura in cui sia possibile, vanno utilizzati i mezzi di trasporto pubblici).

Per ogni evento assicurato la Mobiliare paga fino agli importi massimi indicati:

- i. trattamenti di medicina complementare/alternativa, a condizione che vengano svolti da medici riconosciuti o da un terapeuta iscritto nel Registro di Medicina Empirica (EMR), fino a un massimo di CHF 5 000 per infortunio;
- j. interventi di chirurgia estetica resi necessari da un infortunio assicurato, fino a un massimo di CHF 20 000;
- k. un aiuto domiciliare prescritto dal medico fino a un massimo di CHF 100 al giorno e CHF 5 000 per infortunio;
- l. l'acquisto di stampelle, bastoni, calzature ortopediche, occhiali di tipo semplice e funzionale o di lenti a contatto, fino a un massimo di CHF 5 000;
- m. le spese per la pulizia, la riparazione o la sostituzione (valore a nuovo) di indumenti danneggiati della persona assicurata bisognosa di cure in seguito a lesione corporale come anche di oggetti e veicoli di persone che hanno partecipato attivamente al recupero e al trasporto del ferito, fino a un massimo di CHF 5 000;
- n. le spese per operazioni di ricerca intese a salvare o a recuperare la persona assicurata fino a un massimo di CHF 50 000;
- o. spese di salvataggio e di recupero sostenute all'estero come anche il trasporto della salma fino a un massimo di CHF 50 000;

p. le spese di pernottamento e di vitto in ospedale o nelle immediate vicinanze di un ospedale per i parenti di una persona che ha subito un incidente grave o potenzialmente letale, durante la sua degenza ospedaliera. Inoltre, durante questo periodo, vengono indennizzate anche le spese necessarie per l'assistenza dei figli a carico (fino a 16 anni) della persona assicurata. Complessivamente CHF 150 al giorno e al massimo CHF 5 000 per infortunio, in base alle ricevute originali.

Non sono assicurate:

le partecipazioni alle spese, come p.es. le franchigie.

2 Indennità giornaliera

2.1 Diritto

L'indennità giornaliera viene erogata per ogni giorno civile di incapacità al lavoro almeno del 25 per cento accertata dal medico. Il diritto inizia dopo la scadenza del periodo di attesa.

Il periodo di attesa decorre dal giorno dell'accertamento medico dell'incapacità al lavoro, al più presto tuttavia sette giorni prima della prima visita medica. Si considerano giorni di attesa i giorni con un'incapacità al lavoro almeno del 25 per cento, certificata dal medico.

2.2 Parziale incapacità al lavoro

In caso di incapacità al lavoro parziale la Mobiliare corrisponde l'indennità giornaliera proporzionalmente al grado di incapacità al lavoro. In caso di incapacità al lavoro inferiore al 25 per cento non vi è diritto ad alcuna indennità giornaliera.

2.3 Durata delle prestazioni

La Mobiliare versa l'indennità giornaliera al massimo per la durata specificata nella polizza, tuttavia non oltre il raggiungimento dell'età finale.

Al raggiungimento dell'età di riferimento, la durata massima delle prestazioni per le persone

- a. che anche dopo tale data continuano ad essere assicurate (cfr. art. L3) corrisponde al massimo a ulteriori 180 giorni per tutti i sinistri in corso, se non termina prima;
- b. che in tale data sono ancora assicurate corrisponde al massimo a 180 giorni per i nuovi sinistri, meno il periodo di attesa, tuttavia non oltre il raggiungimento dell'età finale.

Le prestazioni assicurative terminano in ogni caso al raggiungimento dell'età finale.

I giorni di incapacità al lavoro parziale sono considerati giorni interi per il calcolo della durata delle prestazioni.

In caso di ricadute il termine d'attesa decade e le indennità già pagate sono computate alla durata delle prestazioni.

Dopo l'esaurimento della durata delle prestazioni per un sinistro, l'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue per la singola persona assicurata. Contemporaneamente il diritto all'indennità giornaliera si estingue anche per eventuali altri casi di infortunio in corso della medesima persona.

3 Capitale d'invalidità

3.1 Diritto

Quando l'infortunio assicurato provoca un pregiudizio presumibilmente duraturo della salute, la Mobiliare versa il capitale d'invalidità assicurato. Questo capitale è calcolato secondo la somma d'assicurazione, il grado d'invalidità e la scala di prestazione (SP) scelta. Il capitale viene versato non appena è stato fissato il grado d'invalidità.

Qualora malattie, conseguenze di malattie, infermità e infortuni sopravvenuti indipendentemente dall'evento assicurato abbiano peggiorato le conseguenze dell'evento assicurato, il grado di invalidità viene ridotto secondo il parere di un esperto in una misura corrispondente alla quota di tali fattori estranei.

3.2 Grado d'invalidità

Il grado d'invalidità viene determinato sulla base di una perizia medica secondo le seguenti direttive:

- in caso di paralisi completa o alienazione mentale 100% inguaribile che escluda qualsiasi attività lucrativa
- in caso di perdita o di privazione totale dell'uso:
 - di entrambe le braccia o le mani, ambedue le gambe o i piedi, un braccio o una mano e, simultaneamente, una gamba o un piede, entrambi gli occhi (cecità completa): 100%
 - di un occhio se però la vista dell'altro occhio era già completamente persa prima dell'evento assicurato 30%
70%
 - dell'udito di entrambe le orecchie (sordità completa) 60%
 - dell'udito da un lato se però l'udito dell'altro orecchio era completamente perso prima dell'evento assicurato 20%
40%
 - dell'espressione linguistica 40%
 - del senso del gusto e dell'olfatto 5%
 - della milza 5%
 - di un rene 20%
 - di entrambi i reni se però uno dei reni era completamente perso o inutilizzabile prima dell'evento assicurato 70%
50%
 - di un braccio all'altezza o al di sopra del gomito 70%
 - di un avambraccio o di una mano 60%
 - di un pollice 20%
 - di un indice 15%
 - di un altro dito della mano 5%
 - di una gamba all'altezza o al di sopra del ginocchio 60%
 - di una gamba al di sotto del ginocchio 50%
 - di un piede 40%
 - di un alluce 10%
 - di un altro dito del piede 3%

In caso di perdita parziale o incapacità funzionale parziale, il grado d'invalidità è ridotto proporzionalmente.

In caso di perdita o d'incapacità funzionale simultanea di più parti del corpo, i tassi percentuali d'invalidità vengono addizionati. Tuttavia il grado d'invalidità non può in nessun caso superare il 100 per cento.

Non vengono corrisposte prestazioni se il grado d'invalidità è inferiore al cinque per cento.

Se parti del corpo colpite dall'infortunio erano già totalmente o parzialmente perse, mutilate o inutilizzabili, la Mobiliare corrisponde il capitale in base alla differenza tra il grado di invalidità risultante dalla menomazione fisica precedente all'infortunio e quello risultante dall'intera invalidità.

Per disturbi psichici o disturbi nervosi viene accordato un capitale d'invalidità soltanto se i disturbi sono riconducibili ad una lesione organica provocata dall'infortunio.

Se il grado d'invalidità non può essere determinato sulla base delle regole che precedono, esso viene stabilito in base all'accertamento medico secondo i tassi percentuali suddetti.

Quando un infortunio assicurato causa una sfigurazione fisica permanente (danni estetici come per esempio cicatrici) la Mobiliare – a condizione che non sia stato corrisposto un capitale d'invalidità – versa a seconda della gravità della sfigurazione:

- per la deformazione del volto al massimo il dieci per cento della somma di assicurazione;
- per la deformazione di altre parti del corpo normalmente visibili al massimo il cinque per cento della somma di assicurazione.

Tuttavia l'indennizzo per questi danni estetici ammonta al massimo a CHF 20 000.

3.3 Calcolo dell'indennità secondo la scala di prestazione

L'indennizzo viene calcolato in base alle seguenti tabelle:

	Scala di prestazione 0	Scala di prestazione 1	Scala di prestazione 2
per la parte non eccedente il 25%	somma di assicurazione semplice	somma di assicurazione semplice	somma di assicurazione semplice
per la parte sup. al 25% ma non eccedente il 50%	somma di assicurazione semplice	somma di assicurazione doppia	somma di assicurazione tripla
per la parte eccedente il 50%	somma di assicurazione semplice	somma di assicurazione tripla	somma di assicurazione quintupla

Grado d'invalidi.	Capitale d'invalidità			Grado d'invalidi.	Capitale d'invalidità			Grado d'invalidi.	Capitale d'invalidità		
	SP0	SP1	SP2		SP0	SP1	SP2		SP0	SP1	SP2
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1-25	Proportionalmente al grado di MI			51	51	78	105	77	77	156	235
26	26	27	28	52	52	81	110	78	78	159	240
27	27	29	31	53	53	84	115	79	79	162	245
28	28	31	34	54	54	87	120	80	80	165	250
29	29	33	37	55	55	90	125	81	81	168	255
30	30	35	40	56	56	93	130	82	82	171	260
31	31	37	43	57	57	96	135	83	83	174	265
32	32	39	46	58	58	99	140	84	84	177	270
33	33	41	49	59	59	102	145	85	85	180	275
34	34	43	52	60	60	105	150	86	86	183	280
35	35	45	55	61	61	108	155	87	87	186	285
36	36	47	58	62	62	111	160	88	88	189	290
37	37	49	61	63	63	114	165	89	89	192	295
38	38	51	64	64	64	117	170	90	90	195	300
39	39	53	67	65	65	120	175	91	91	198	305
40	40	55	70	66	66	123	180	92	92	201	310
41	41	57	73	67	67	126	185	93	93	204	315
42	42	59	76	68	68	129	190	94	94	207	320
43	43	61	79	69	69	132	195	95	95	210	325
44	44	63	82	70	70	135	200	96	96	213	330
45	45	65	85	71	71	138	205	97	97	216	335
46	46	67	88	72	72	141	210	98	98	219	340
47	47	69	91	73	73	144	215	99	99	222	345
48	48	71	94	74	74	147	220	100	100	225	350
49	49	73	97	75	75	150	225				
50	50	75	100	76	76	153	230				

4 Capitale in caso di decesso

4.1 Diritto

Se l'assicurato muore in seguito alle conseguenze di un infortunio assicurato, la Mobiliare versa agli aventi diritto il capitale concordato in caso di decesso.

Un capitale d'invalidità già versato per lo stesso infortunio viene dedotto dalla somma convenuta in caso di decesso.

4.2 Avanti diritto

Se nella proposta o al più tardi entro la data del decesso la persona assicurata non ha disposto diversamente per iscritto alla Mobiliare, sono considerati aventi diritto:

- il coniuge oppure il partner registrato;
- in sua mancanza i figli e i figli adottivi;
- in loro mancanza, i familiari conformemente al diritto di successione secondo la legge.

Ove non esistono aventi diritto, vengono pagate soltanto le spese funerarie effettive fino a un massimo di CHF 10 000 alla persona fisica che anticipa tali spese.

5 Esclusioni generali dalla copertura nell'assicurazione infortuni

Non sono assicurati:

1. malattie;
2. infortuni:
 - a. con veicoli/imbarcazioni a motore durante la partecipazione a corse, rally e competizioni simili, corse su percorsi di gara, su terreni di allenamento, su circuiti nonché tutte le gare all'aperto. Sono assicurati i corsi di perfezionamento alla guida, se hanno come unico scopo la sicurezza nella normale circolazione stradale, non hanno carattere di competizione e avvengono senza cronometraggio;
 - b. l'uso di aeromobili, lanci con il paracadute, uso di alianti da pendio e parapendii, se la persona assicurata viola intenzionalmente le prescrizioni delle autorità o non è in possesso delle licenze o autorizzazioni ufficiali necessarie;
 - c. in seguito a ebbrezza (a partire da una concentrazione di alcool nel sangue di 2.0 per mille (valore medio) o 1.0 mg/litro di aria espirata) o ad utilizzazione abusiva di medicinali, droghe o sostanze chimiche;
 - d. in seguito a terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
 - e. durante tumulti di ogni genere e in seguito a provvedimenti intesi a sedarli, a meno che la persona assicurata provi di non aver partecipato attivamente quale agitatore o istigatore;
 - f. in caso di atto o tentativo intenzionale di commettere un crimine o delitto;
 - g. prestando servizio militare in un esercito straniero;
 - h. in seguito ad eventi bellici:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che l'infortunio subentri entro 30 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese in cui soggiorna la persona assicurata e che questa sia stata sorpresa dallo scoppio delle ostilità;
 - i. partecipando a risse e scontri, a meno che la persona assicurata sia stata ferita dai litiganti senza prenderne parte oppure aiutando una persona indifesa;
 - j. nel caso in cui la persona assicurata abbia provocato pesantemente altri;
 - k. in seguito alla partecipazione attiva ad attentati terroristici;
 - l. in seguito a interventi estetici che non sono in relazione a un infortunio assicurato;
3. i danni alla salute conseguenti a interventi, trattamenti e esami non resi necessari da un infortunio assicurato;
4. le conseguenze di interventi dell'assicurato sulla propria persona, come il suicidio e la mutilazione volontaria nonché il loro tentativo, anche se questi atti sono commessi in stato di incapacità di discernimento;
5. i danni alla salute provocati da radiazioni di qualsiasi natura, come pure quelli derivanti da armi batteriologiche, biologiche e chimiche.

6 Prestazioni dopo la cessazione del contratto di assicurazione

Se l'infortunio si verifica nel corso della durata contrattuale, le prestazioni vengono erogate anche dopo la cessazione del contratto. Sono fatte salve le disposizioni sull'entità e la durata massima delle prestazioni e sull'età finale.

Se è assicurato il capitale in caso di decesso e l'infortunio si verifica nel corso della durata contrattuale, ma la persona assicurata muore per le conseguenze di questo infortunio dopo la fine del contratto, gli aventi diritto possono rivendicare il capitale in caso di decesso ancora per cinque anni dopo la fine del contratto di assicurazione.

Sono fatti salvi i termini di prescrizione legale.

Definizioni

In merito alla definizione di:

- infortunio e lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio,
- infortuni professionali,
- infortuni non professionali,
- malattie professionali,
- incapacità di guadagno,
- invalidità,
- menomazioni dell'integrità,

valgono le disposizioni della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e delle relative ordinanze (OAINF).

1 Lavoratori indipendenti

Per lavoratori indipendenti si intendono le persone che lavorano per proprio conto e a proprio nome e che sostengono il proprio rischio economico.

2 Familiari collaboratori

Per familiari collaboratori si intendono le persone che collaborano nell'azienda familiare. L'azienda deve essere condotta da un familiare in qualità di lavoratore indipendente.

3 Dipendenti

Per dipendenti si intendono le persone che lavorano con un vincolo di dipendenza e per questo ricevono un salario soggetto ai contributi AVS.

4 Malattia

È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica indipendente dalla volontà della persona assicurata, che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta.

Le complicazioni dovute a gravidanza o parto sono equiparate a malattia.

5 Incapacità al lavoro

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.

Se l'incapacità al lavoro dura più di 90 giorni, si prendono in considerazione anche attività ragionevolmente esigibili nell'ambito di una professione o sfera di competenze diversa.

6 Medico

È considerato medico il titolare di un diploma federale autorizzato ad esercitare la professione o il titolare di un attestato estero di capacità equivalente.

7 Personale di cura

È considerato personale di cura il titolare di un diploma autorizzato ad esercitare la professione o il personale di cura messo a disposizione da organizzazioni riconosciute.

8 Aiuti domestici

Si considerano aiuti domestici le persone che dietro compenso si occupano dell'economia domestica al posto della persona assicurata. Non si considerano aiuti domestici le persone che abitano nella stessa economia domestica della persona assicurata o che hanno una relazione di parentela con la persona assicurata.

9 Ospedali

Sono considerati ospedali le istituzioni nazionali ed i relativi reparti che servono per il trattamento stazionario di malattie o conseguenze di infortuni, sono sotto continua direzione medica e dispongono del personale di cura specializzato necessario e di adeguate apparecchiature mediche.

10 Stabilimenti di cura

Si considerano stabilimenti di cura le istituzioni mediche che servono al trattamento successivo o alla riabilitazione, sono sotto direzione medica e dispongono del personale specializzato necessario e di adeguate apparecchiature.

11 Età finale per l'indennità giornaliera

Quale età finale vale l'ultimo giorno del mese in cui viene raggiunta l'età di 70 anni. L'indennità giornaliera si estingue alla età finale.

