

Edizione 2014

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera Helsana Business Salary secondo la LCA

Indice

Basi

- 1 Oggetto dell'assicurazione
- 2 Basi del contratto
- 3 Definizioni

Cerchia delle persone assicurate

- 4 Aziende assicurate
- 5 Persone assicurate
- 6 Reddito da lavoro assicurato
- 7 Ambito di validità territoriale

Inizio e fine dell'assicurazione

- 8 Inizio dell'assicurazione
- 9 Fine della copertura assicurativa
- 10 Disdetta
- 11 Passaggio all'assicurazione individuale

Prestazioni

- 12 Premesse delle prestazioni
- 13 Notifica e obblighi in caso di prestazione
- 14 Violazione degli obblighi
- 15 Inizio delle prestazioni
- 16 Periodo d'attesa
- 17 Durata delle prestazioni
- 18 Sospensione delle prestazioni
- 19 Maternità

- 20 Indennità di parto
- 21 Calcolo dell'indennità giornaliera
- 22 Guadagno assicurativo
- 23 Sovraindennizzo
- 24 Pagamento
- 25 Costituzione in pegno, cessione di prestazioni e diritto di regresso
- 26 Limitazioni della copertura assicurativa

Premi

- 27 Basi del calcolo dei premi
- 28 Pagamento dei premi
- 29 Dichiarazione delle somme salariali
- 30 Rimborso del premio
- 31 Mora nel pagamento
- 32 Assicurazione con partecipazione alle eccedenze
- 33 Compensazione di prestazioni e obbligo di rimborso
- 34 Modifica della tariffa dei premi
- 35 Modifica del tasso di premio

Disposizioni finali

- 36 Comunicazioni e obbligo d'informare
- 37 Protezione dei dati
- 38 Foro competente

Helsana Assicurazioni integrative SA corrisponde le prestazioni assicurative per le persone assicurate in qualità di parte contraente del contratto assicurativo e viene denominata «assicuratore».

Basi

1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di Helsana Assicurazioni integrative SA di Zurigo, in seguito denominata l'assicuratore, accorda la copertura assicurativa contro le conseguenze economiche dell'incapacità al lavoro a seguito di malattia e, se convenuto per contratto, di infortuni. Inoltre può essere assicurata un'indennità di parto.

2 Basi del contratto

Sono considerate basi del contratto:

- 2.1 la polizza e le eventuali aggiunte;
- 2.2 le dichiarazioni riportate sulla proposta d'assicurazione e sulle eventuali dichiarazioni sullo stato di salute da parte del contraente o della persona assicurata;
- 2.3 le presenti condizioni generali d'assicurazione (CGA);
- 2.4 le eventuali condizioni supplementari d'assicurazione (CSA);
- 2.5 la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA);
- 2.6 gli accordi e le convenzioni speciali, purché siano stati confermati dall'assicuratore nella polizza come condizioni particolari d'assicurazione (CPA).



3 Definizioni

- 3.1 È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.
- 3.2 È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili all'infortunio indicate nell'Ordinanza sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (OAINF) sono parificate agli infortuni.
- 3.3 La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.
- 3.4 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. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.
- 3.5 È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.
- Per valutare se sussiste un'incapacità al guadagno vanno prese in considerazione esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Sussiste inoltre un'incapacità al guadagno se non è oggettivamente superabile.
- 3.6 È considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.
- 3.7 L'assicurazione di danno è l'assicurazione in cui in caso di prestazione è rimborsato, nei limiti del reddito da lavoro assicurato, soltanto il danno effettivamente causato e concretamente dimostrabile.
- 3.8 Sono considerati medici riconosciuti tutti quelli che in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein sono autorizzati a esercitare la professione di medico, dentista e chiropratico in base a un diploma federale o estero corrispondente; all'estero i titolari di attestati di abilitazione corrispondenti.

Cerchia delle persone assicurate

4 Aziende assicurate

Sono considerate aziende assicurate le ditte principali, le aziende dipendenti, le filiali e le società affiliate indicate nella polizza.

5 Persone assicurate

- 5.1 Sono assicurate le persone o i gruppi di persone riportati nel contratto.
- 5.2 I dipendenti sono assicurati:
- se tra loro e il contraente sussiste un rapporto di lavoro,
 - se sono soggetti all'AVS svizzera o se, avendo raggiunto tale età, vi fossero soggetti e
 - se non hanno ancora raggiunto l'età AVS ordinaria.
- I dipendenti che al raggiungimento dell'età AVS ordinaria sono pienamente abili al lavoro e continuano a lavorare senza interruzione nell'azienda assicurata rimangono assicurati fino al compimento del 70° anno d'età.
- 5.3 I lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché non figurino nella contabilità salariale, sono assicurati soltanto se sono indicati nominativamente nella polizza e non hanno ancora compiuto il 70° anno d'età.
- 5.4 Sono assicurati solamente in base a un accordo contrattuale particolare:
- a) gli ausiliari a breve termine con un contratto di lavoro limitato a 3 mesi;
 - b) i dipendenti occupati a tempo parziale che lavorano per meno di 8 ore la settimana;
 - c) i dipendenti con paga oraria che non lavorano per una durata fissa e definita di almeno 8 ore la settimana;
 - d) i lavoratori a domicilio.
- 5.5 Non sono assicurati:
- a) il personale ceduto in prestito al contraente, o all'azienda assicurata, da aziende terze;
 - b) le persone che lavorano con un rapporto di mandato per l'azienda assicurata;
 - c) le persone che all'inizio del lavoro o all'inizio dell'assicurazione hanno già raggiunto l'età AVS ordinaria;
 - d) i membri dell'amministrazione e degli organi direttivi che non lavorano contemporaneamente come dipendenti nell'azienda assicurata;
 - e) i lavoratori assunti in Svizzera che, in base all'Accordo di libera circolazione delle persone con l'Unione europea (UE) o alla convenzione AELS, non sono soggetti alle assicurazioni sociali svizzere.



6 Reddito da lavoro assicurato

- 6.1 Per i dipendenti è assicurata la percentuale del salario AVS effettivo indicata nella polizza. Il salario annuo massimo assicurato è indicato nella polizza.

Quale base per la determinazione delle indennità giornaliere vale l'ultimo salario percepito prima dell'inizio del caso d'assicurazione.

In caso di reddito irregolare, si considera la media dal momento dell'assunzione, al massimo comunque degli ultimi 12 mesi.

Adeguamenti salariali in seguito alla modifica del grado d'occupazione o aumenti salariali generali sono presi in considerazione soltanto se sono stati convenuti in un contratto scritto prima dell'inizio dell'incapacità al lavoro.

Gli aumenti salariali tassativi dovuti a disposizioni del contratto collettivo di lavoro (CCL) sono presi in considerazione.

Se nell'azienda assicurata membri dell'amministrazione e degli organi direttivi lavorano contemporaneamente come dipendenti, sono assicurate anche le remunerazioni comprese nel salario AVS sotto forma di onorari dei membri del consiglio d'amministrazione, tantièmes, indennità fisse e gettoni di presenza.

- 6.2 Per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, è assicurato al massimo il reddito da lavoro indicato nella polizza.
- 6.3 Qualora nella polizza non sia convenuta un'assicurazione di somme, l'assicurazione vale quale assicurazione di danno. Nel caso di un'assicurazione di danno, la persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Il diritto a prestazioni sussiste soltanto nei limiti della perdita di guadagno dimostrata.

7 Ambito di validità territoriale

- 7.1 L'assicurazione vale in tutto il mondo.
- 7.2 Per soggiorni al di fuori del territorio svizzero in Stati non appartenenti all'Unione europea (UE) o all'Associazione europea di libero scambio (AELS), le prestazioni vengono accordate soltanto se una degenza ospedaliera è necessaria dal profilo medico e soltanto finché non sia possibile il rientro in Svizzera.
- 7.3 Per i dipendenti distaccati all'estero, le condizioni indicate al paragrafo 7.2 vengono meno. Restano salve le disposizioni secondo il paragrafo 5.2.

Inizio e fine dell'assicurazione

8 Inizio dell'assicurazione

- 8.1 L'assicurazione decorre dalla data indicata nella polizza o nella conferma scritta della proposta dell'assicuratore.
- 8.2 Al raggiungimento della data di scadenza indicata nella polizza e dopo ogni anno assicurativo successivo, il contratto si prolunga tacitamente di un ulteriore anno se non viene disdetto entro i termini.
- 8.3 Per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché non figurino nella contabilità salariale, l'ammissione nell'assicurazione deve essere richiesta individualmente.
- 8.4 Per i nuovi dipendenti, l'assicurazione inizia il giorno in cui essi cominciano a lavorare. Le persone che alla data d'inizio del contratto di lavoro o dell'assicurazione sono totalmente o parzialmente inabili al lavoro a causa di una malattia, di un infortunio o di un'infirmità sono assicurate soltanto a partire dal momento in cui riacquistano la piena capacità al lavoro secondo il loro contratto di lavoro. L'ammissione nell'assicurazione avviene, per la copertura convenuta, senza esame dello stato di salute e non ci sono esclusioni per disturbi della salute ricorrenti o precedenti (piena copertura).
- 8.5 I dipendenti parzialmente invalidi o che in base al loro danno alla salute esercitano solo un'occupazione a tempo parziale nell'azienda assicurata devono essere pienamente abili al lavoro, nella misura dell'occupazione parziale convenuta, il giorno in cui inizia la loro attività lavorativa o l'assicurazione. Per il peggioramento temporaneo o permanente dell'infirmità che ha provocato l'invalidità parziale, la durata delle prestazioni è limitata al massimo a 90 giorni.
- 8.6 Se persone assicurate hanno diritto a condizioni più vantaggiose in base a un accordo di libero passaggio, valgono queste ultime.



9 Fine della copertura assicurativa

- 9.1 La copertura assicurativa si estingue per tutte le persone assicurate con lo scioglimento del contratto collettivo.
- 9.2 Il contratto collettivo termina:
- in caso di disdetta;
 - in caso di apertura del fallimento nei confronti del contraente;
 - in caso di trasferimento all'estero della sede dell'azienda;
 - in caso di cessazione dell'attività aziendale;
 - al momento del passaggio di proprietà.
- 9.3 Per i singoli assicurati la copertura assicurativa si estingue
- con l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate o con la cessazione del rapporto di lavoro con il contraente;
 - con il raggiungimento dell'età AVS ordinaria o con il compimento dei 70 anni d'età per le persone che restano assicurate oltre il raggiungimento dell'età AVS ai sensi dei paragrafi 5.2 e 5.3;
 - non appena la continuazione della copertura assicurativa è garantita da un altro assicuratore in base a un accordo di libero passaggio;
 - con il decesso della persona assicurata;
 - con il trasferimento del domicilio all'estero. Sono esclusi da tale limitazione i dipendenti che continuano a essere soggetti alla legislazione svizzera delle assicurazioni sociali.
- 9.4 Per le persone assicurate che sono incapaci al lavoro o al guadagno al termine dell'assicurazione, il diritto a prestazioni resta salvaguardato per il caso in corso nell'ambito delle disposizioni contrattuali (continuazione della prestazione). Con il raggiungimento della capacità al lavoro completa si estingue il diritto alla continuazione delle prestazioni.
- 9.5 La continuazione delle prestazioni secondo il paragrafo 9.4 non trova applicazione
- se il contratto viene continuato presso un altro assicuratore che, in base a un accordo di libero passaggio, deve garantire il proseguimento della corresponsione delle indennità giornaliere,
 - se il contratto di lavoro è stato sciolto durante il periodo di prova,
 - se si è trattato di un rapporto di lavoro a tempo determinato;
 - in caso di una ricaduta secondo il paragrafo 17.2.

10 Disdetta

- 10.1 Il contratto può essere disdetto dal contraente oppure dall'assicuratore al raggiungimento della data di scadenza indicata nella polizza e in seguito alla fine di un anno assicurativo. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire all'assicuratore, rispettivamente al contraente, con un anticipo di almeno tre mesi. L'anno assicurativo inizia alla scadenza principale indicata nella polizza.
- 10.2 Il contraente ha il diritto di disdire il contratto ogni volta che l'assicuratore gli versa un indennizzo per un caso di prestazioni. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire all'assicuratore entro 14 giorni dopo che il cliente è venuto a conoscenza dell'ultimo versamento per un caso di prestazioni. Il contratto si estingue con la ricezione di tale comunicazione da parte dell'assicuratore. L'assicuratore rinuncia a sua volta a questo diritto di disdetta.
- 10.3 La rinuncia alla disdetta da parte dell'assicuratore non vale in caso di reticenza in sede di stipulazione del contratto, di frode assicurativa tentata o compiuta oppure di falsificazione di documenti.

11 Passaggio all'assicurazione individuale

- 11.1 Le persone che escono dalla cerchia delle persone assicurate hanno il diritto di passare entro 3 mesi dall'uscita all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo la LCA dell'assicuratore, senza esame dello stato di salute. Lo stesso diritto è previsto anche per le persone assicurate se si estingue il contratto collettivo.
- 11.2 In caso di scioglimento del rapporto di lavoro, il contraente deve comunicare alle persone assicurate che escono dalla cerchia delle persone assicurate il loro diritto di passaggio all'assicurazione individuale e il termine di tre mesi. Lo stesso obbligo è previsto in caso di scioglimento del contratto collettivo.
- 11.3 Se la persona assicurata riceve una continuazione della prestazione secondo il paragrafo 9.4, il termine inizia a decorrere al termine dell'obbligo di fornire prestazioni. In questo caso l'obbligo di fornire informazioni spetta all'assicuratore.
- 11.4 Le persone che passano all'assicurazione individuale hanno diritto alla copertura assicurativa per le prestazioni che erano assicurate in precedenza. L'ammontare dell'indennità giornaliera è limitato tuttavia all'indennità giornaliera massima assicurabile nell'assicurazione individuale. Per il nuovo contratto sono determinanti le disposizioni e le tariffe dell'assicurazione individuale. Per i disoccupati di cui all'articolo 10 della Legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI) si applicano inoltre le disposizioni dell'articolo 100 capoverso 2 LCA.



- 11.5 In caso di ricadute conteggiate nell'ambito dell'assicurazione individuale, si considera la durata di fruizione delle prestazioni derivante dal contratto collettivo.
- 11.6 Non vi è libero passaggio o diritto di passaggio per le persone assicurate
- che abitano all'estero, tranne se rimangono soggette alla legislazione svizzera delle assicurazioni sociali in seguito a un accordo interstatale;
 - che sono assunte con un contratto di lavoro a tempo determinato. Per i disoccupati di cui all'articolo 10 della Legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI) si applicano inoltre le disposizioni dell'articolo 100 capoverso 2 LCA;
 - se il rapporto di lavoro è stato sciolto durante il periodo di prova. Per i disoccupati di cui all'articolo 10 della Legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI) si applicano inoltre le disposizioni dell'articolo 100 capoverso 2 LCA;
 - che hanno raggiunto l'età AVS o che hanno scelto il pensionamento anticipato;
 - se sono esaurite le prestazioni nel contratto collettivo e non sussiste più una capacità al guadagno;
 - in caso di cambio del posto di lavoro e di passaggio nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia di un nuovo datore di lavoro;
 - in caso di scioglimento del contratto collettivo e di continuazione presso un altro assicuratore se quest'ultimo, in base a un accordo di libero passaggio, è tenuto a garantire il proseguimento della copertura assicurativa.

Prestazioni

12 Premesse delle prestazioni

- 12.1 L'indennità giornaliera viene corrisposta, in caso d'incapacità al lavoro dimostrata di almeno il 25%, in proporzione al grado dell'incapacità al lavoro stessa. In caso di un'incapacità al lavoro di lunga durata, in caso di una perdita di guadagno di almeno il 25% l'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al grado della perdita di guadagno.
- 12.2 Per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché non figurino nella contabilità salariale, è determinante un'incapacità al lavoro dimostrata di almeno il 50%.
- 12.3 I dipendenti parzialmente invalidi o che in seguito al loro danno alla salute esercitano soltanto un'attività a tempo parziale nell'azienda assicurata sono considerati pienamente abili al lavoro ai sensi di queste condizioni se sono completamente abili al lavoro secondo il loro grado d'occupazione. La loro incapacità al lavoro si misura secondo il grado di inabilità a svolgere la precedente attività lavorativa.
- 12.4 Le assenze dal posto di lavoro per esami e trattamenti ambulatoriali non danno diritto all'indennità giornaliera.

- 12.5 Le assenze dal posto di lavoro in seguito a cure balneari e di convalescenza sono assicurate soltanto se queste sono prescritte dal medico e se l'assicuratore riceve la relativa domanda al più tardi 14 giorni prima dell'inizio della cura.
- 12.6 Se la persona assicurata si reca all'estero a scopo di trattamento, assistenza sanitaria o parto senza l'approvazione dell'assicuratore, non vengono corrisposte prestazioni.

13 Notifica e obblighi in caso di prestazione

- 13.1 I diritti a prestazioni d'indennità giornaliera vanno fatti valere presso l'assicuratore al più tardi 15 giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro in caso di periodi d'attesa fino a 10 giorni. Se è stato convenuto un periodo d'attesa superiore a 10 giorni, la comunicazione deve avvenire al più tardi 35 giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro.

Insieme alla notifica di malattia, va presentato un certificato del medico attestante l'incapacità al lavoro.

Se la notifica di malattia giunge più tardi, il diritto alle prestazioni inizia il giorno della ricezione della notifica. La durata di prestazione decorre tuttavia dal primo giorno dell'incapacità al lavoro.

- 13.2 La persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste alcun diritto a prestazioni.
- 13.3 Se per l'accertamento del diritto è necessaria una verifica dell'andamento degli affari, il contraente deve consentire all'assicuratore la consultazione dei libri contabili e dei giustificativi in tale contesto.
- 13.4 Le persone assicurate devono intraprendere tutto quello che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto quello che la ritardi. Segnatamente la persona assicurata evita tutto quello che pregiudica la guarigione o ritarda il riacquisto della capacità al lavoro.
- 13.5 Al più tardi 5 giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro, la persona assicurata deve consultare un medico che si occupa del trattamento a regola d'arte. La persona assicurata segue le istruzioni del medico curante e del personale infermieristico. Inoltre, la persona assicurata è tenuta a sottoporsi, a spese dell'assicuratore, alle visite mediche supplementari o perizie che quest'ultimo ritiene necessarie.



- 13.6 L'assicuratore è autorizzato a eseguire visite presso il paziente e a richiedere ulteriori giustificativi e informazioni, segnatamente certificati e rapporti medici. I certificati e rapporti medici non redatti in tedesco, francese, italiano o inglese e non corredati da una traduzione autenticata in una di tali lingue vengono tradotti a spese della persona assicurata. La persona assicurata deve liberare i medici che la curano, o che l'hanno curata, dall'obbligo del segreto nei confronti dell'assicuratore.
- 13.7 Al termine dell'incapacità al lavoro deve essere inviato immediatamente all'assicuratore un certificato attestante il grado e la durata dell'incapacità al lavoro. Se la malattia dura più di un mese, va presentato mensilmente all'assicuratore un certificato in cui è riportato il grado e la durata dell'incapacità al lavoro.
- 13.8 La persona assicurata che nella sua professione abituale resta completamente o parzialmente inabile al lavoro, prevedibilmente in modo duraturo, è tenuta a impiegare la sua eventuale capacità di guadagno residua anche se ciò esige un cambio della professione. L'assicuratore esorta la persona assicurata al cambio di professione e la rende attenta sulle sanzioni previste dal paragrafo 14.
- 13.9 La persona assicurata è tenuta a collaborare all'esecuzione della presente assicurazione. Deve fornire all'assicuratore tutti i dati di cui l'assicuratore necessita per l'accertamento del diritto a prestazione e per la determinazione dell'ammontare delle prestazioni. Segnatamente la persona assicurata può essere costretta a procurare all'attenzione dell'assicuratore rapporti e certificati medici necessari alla valutazione dell'obbligo a prestazioni.
- 13.10 L'assicuratore subordina la prestazione alla previa notifica del caso agli altri assicuratori coinvolti. Il diritto alle prestazioni viene sospeso se la persona assicurata non ha dato seguito alla richiesta di notifica. Il diritto viene ripristinato una volta che è stata effettuata la notifica. La durata della sospensione viene scalata dalla durata totale delle prestazioni. Per contro, la persona assicurata perde il suo diritto a prestazioni se rinuncia o ritira il diritto che ha rivendicato nei confronti degli altri assicuratori coinvolti.
- 14 Violazione degli obblighi**
- 14.1 Le prestazioni assicurative vengono ridotte, in maniera temporanea o permanente, o rifiutate in casi particolarmente gravi se la persona assicurata viola i propri doveri o obblighi secondo il precedente paragrafo 13 in modo non scusabile.
- 14.2 Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una visita prescritta dall'assicuratore, a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità al lavoro o una nuova possibilità di guadagno.
- 14.3 Tali pregiudizi giuridici non producono effetti se la persona assicurata rende plausibile di non avere colpa.
- 15 Inizio delle prestazioni**
- 15.1 L'obbligo di prestazione inizia dopo la scadenza del periodo d'attesa convenuto nella polizza. Il periodo d'attesa inizia a decorrere dal primo giorno dell'incapacità al lavoro confermata dal medico, al più presto comunque 5 giorni prima dell'inizio del trattamento medico.
- 15.2 Se il datore di lavoro concede alla persona assicurata un congedo non retribuito, la copertura assicurativa viene mantenuta a condizione che prosegua il rapporto di lavoro, tuttavia fino a un massimo di 7 mesi dopo l'esaurimento del diritto al salario. Per la durata prevista del congedo non sussiste il diritto a prestazioni assicurative e non deve essere pagato alcun premio. Se la persona assicurata si ammala durante il congedo non retribuito, l'assicuratore scala i giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro fino alla ripresa prevista dell'attività lucrativa dal periodo d'attesa e dalla durata delle prestazioni. Valgono gli obblighi di cui al paragrafo 13 CGA, in particolare quelli concernenti la notifica di malattia e il certificato d'incapacità al lavoro.
- 16 Periodo d'attesa**
- Il periodo d'attesa convenuto è indicato nella polizza e viene calcolato per ogni singolo caso di prestazione. I giorni d'incapacità al lavoro parziale contano come giorni interi.



17 Durata delle prestazioni

- 17.1 L'assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera per caso di prestazione per al massimo la durata di fruizione delle prestazioni indicata nella polizza, con deduzione del periodo d'attesa convenuto. I giorni d'incapacità al lavoro parziale contano come giorni interi.
- 17.2 Per quanto riguarda la durata delle prestazioni e il periodo d'attesa, la ricomparsa di una malattia o delle conseguenze di un infortunio vale quale nuovo caso di prestazione se prima della ricaduta la persona assicurata non è stata inabile al lavoro o in cura medica a causa di tale malattia, o delle conseguenze dello stesso infortunio, per almeno 365 giorni consecutivi.
- In caso di ricaduta entro 365 giorni, il periodo d'attesa già fruito viene meno e le indennità giornaliere già corrisposte vengono scalate dal calcolo della durata massima di fruizione delle prestazioni.
- 17.3 Dopo l'esaurimento della durata massima di fruizione delle prestazioni per un caso di prestazione, la persona assicurata è privata delle prestazioni per questo caso. Un'eventuale capacità al lavoro residua rimane assicurata.
- Per le persone assicurate indicate nominativamente nella polizza, il reddito da lavoro assicurato finora è ridotto corrispondentemente al grado della capacità al lavoro residua.
- 17.4 Per le persone assicurate che all'inizio del caso di prestazione percepiscono una rendita di vecchiaia dell'AVS, ma al più tardi fino al raggiungimento dell'età di pensionamento AVS ordinario, la durata delle prestazioni è di 180 giorni anziché della durata indicata nella polizza.
- 17.5 La persona assicurata non può impedire l'esaurimento della durata delle prestazioni rinunciando alle stesse prima che sia conclusa l'incapacità al lavoro.

18 Sospensione delle prestazioni

- 18.1 Se durante l'incapacità al lavoro la persona assicurata è sottoposta a una carcerazione preventiva oppure a un'esecuzione della pena o di misure, per tale periodo l'indennità giornaliera non è dovuta. I giorni non indennizzati sono dedotti dalla durata delle prestazioni quali giorni interi. Lo stesso vale in caso di interruzione del diritto a prestazioni in seguito a violazione degli obblighi, al blocco delle prestazioni in seguito al mancato pagamento dei premi o a soggiorno all'estero.
- 18.2 Se la persona assicurata desidera recarsi all'estero durante l'incapacità al lavoro, deve informare precedentemente l'assicuratore. Dopo un'analisi delle circostanze, l'assicuratore può corrispondere le prestazioni assicurative durante un periodo limitato.
- 18.3 Se una persona assicurata incapace al lavoro si reca all'estero senza informare precedentemente l'assicuratore, non vi è diritto a prestazioni durante il periodo del soggiorno all'estero.

19 Maternità

L'obbligo di fornire prestazioni in seguito a malattia o infortunio è sospeso per otto settimane dopo il parto. Se la persona assicurata non intende lavorare fino alla 16^a settimana dopo il parto, la sospensione dell'obbligo di prestazione vale fino a tale momento. Resta salva la copertura assicurativa dell'indennità di parto ai sensi del paragrafo 20.

20 Indennità di parto

- 20.1 Se è stata convenuta un'indennità di parto, la prestazione dell'assicuratore è indicata nella polizza. Non sono assicurate le lavoratrici autonome, le titolari di aziende e le loro familiari che non figurano nella contabilità salariale.
- 20.2 Il diritto a prestazioni comincia con il pagamento delle prestazioni di maternità secondo la LIPG. La durata delle prestazioni non può essere interrotta ed è escluso un diritto contemporaneo a un'indennità giornaliera di malattia. Inoltre valgono le premesse per il diritto a prestazioni secondo la LIPG. Per quanto riguarda il sovraindennizzo, fa fede il paragrafo 23.1.
- 20.3 Se al momento del parto la persona assicurata ha la copertura dell'indennità di parto da meno di 270 giorni consecutivi, l'assicuratore non paga alcuna prestazione. Restano salve eventuali disposizioni di libero passaggio.

21 Calcolo dell'indennità giornaliera

L'indennità giornaliera si calcola convertendo il salario assicurato in un anno intero e dividendo la somma annua assicurata per 365.

22 Guadagno assicurativo

- 22.1 Il diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera esiste soltanto nella misura in cui per la persona assicurata non ne risulti alcun guadagno assicurativo.
- 22.2 Valgono quale guadagno assicurativo le prestazioni che eccedono la copertura completa della perdita di guadagno della persona assicurata. Sono escluse le prestazioni derivanti da assicurazioni di somma fissa, assicurazioni di capitale e assicurazioni pensionistiche stipulate nell'ambito della previdenza facoltativa.



23 Sovraindennizzo

23.1 Il concorso di prestazioni di altri assicuratori sociali non può condurre a un sovraindennizzo della persona assicurata.

Il limite di sovraindennizzo è pari all'ammontare delle prestazioni assicurate secondo i paragrafi 6.1 o 6.2. Le prestazioni di indennità giornaliera vengono corrisposte a complemento delle prestazioni di assicurazioni sociali e delle assicurazioni secondo la LPP.

Di conseguenza, l'obbligo di prestazione dell'assicuratore si limita alla differenza tra le prestazioni delle assicurazioni sociali – inclusa l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal – e delle assicurazioni secondo la LPP e il summenzionato limite di sovraindennizzo.

23.2 L'assicuratore domanda il rimborso delle prestazioni che corrisponde in vista delle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità direttamente all'assicurazione federale per l'invalidità a partire dalla data dell'inizio dell'indennità giornaliera o della rendita. L'importo della domanda di rimborso corrisponde all'ammontare del sovraindennizzo secondo il paragrafo 23.1.

23.3 I giorni con prestazioni ridotte sono dedotti dalla durata delle prestazioni quali giorni interi. Lo stesso vale per i giorni in cui le prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità superano quelle dell'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia.

24 Pagamento

24.1 La prestazione assicurativa viene pagata al più tardi entro 4 settimane dal momento in cui l'assicuratore ha ricevuto i documenti necessari alla determinazione del suo obbligo di prestazione. In caso di incapacità al lavoro di lunga durata e su richiesta, l'assicuratore paga le indennità giornaliere accumulate in importi parziali, comunque con una frequenza massima di una volta al mese.

24.2 Se non viene convenuto altrimenti, le prestazioni vengono pagate al contraente. Resta salvo il diritto proprio verso l'assicuratore delle persone assicurate ai sensi dell'articolo 87 LCA.

24.3 Le prestazioni soggette all'imposta alla fonte sono versate al contraente integralmente. Spetta a lui conteggiare conformemente alla legge e a fornire l'imposta alla fonte.

25 Costituzione in pegno, cessione di prestazioni e diritto di regresso

25.1 Senza l'approvazione dell'assicuratore, le prestazioni assicurative non possono essere legalmente costituite in pegno né cedute a terzi.

25.2 Se il contraente o le persone assicurate pattuiscono, senza il consenso dell'assicuratore, una convenzione con terzi tenuti a prestazioni nella quale rinunciano, parzialmente o totalmente, a prestazioni assicurative o di risarcimento danni, viene meno il diritto alle prestazioni nei confronti dell'assicuratore.

26 Limitazioni della copertura assicurativa

26.1 Per le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze non vengono corrisposte prestazioni assicurative:

- a) in caso di atti temerari. Vi è atto temerario se le persone assicurate si espongono a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, sebbene possano essere considerati temerari;
 - b) per danni alla salute causati dall'azione di radiazioni ionizzanti e dall'energia atomica, eccetto i danni che potrebbero derivare da provvedimenti sanitari;
 - c) in caso di incapacità al lavoro in seguito a interventi non indicati dal profilo medico (ad es. interventi estetici);
 - d) per le conseguenze di eventi bellici:
- da) in Svizzera;
- db) all'estero, a meno che le persone assicurate si ammaliano o siano vittime d'infortunio entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese nel quale soggiornano ed essi siano stati colti di sorpresa dall'inizio delle ostilità belliche.

26.2 Per gli infortuni e le loro conseguenze non vengono inoltre corrisposte prestazioni in caso di pericoli straordinari. Sono considerati tali segnatamente:

- a) la partecipazione a disordini;
- b) il servizio militare all'estero;
- c) la partecipazione ad azioni belliche e ad atti di terrorismo, l'esecuzione premeditata di crimini o delitti compiuti o tentati;
- d) la partecipazione a risse e baruffe, a meno che persone assicurate non siano state ferite dai litiganti pur non avendo preso parte alla rissa oppure soccorrendo una persona indifesa;
- e) i pericoli cui le persone assicurate si espongono provocando gli altri violentemente.

26.3 L'assicuratore rinuncia al diritto che gli spetta di ridurre le prestazioni assicurative in caso di negligenza grave. Per le riduzioni di prestazioni di altri assicuratori non sussiste tuttavia un diritto a prestazioni.



Premi

27 Basi del calcolo dei premi

27.1 Salvo altri accordi contrattuali, per il calcolo dei premi è determinante il guadagno soggetto all'AVS conseguito nell'azienda assicurata, tenendo conto del salario massimo assicurato per persona e anno.

I salari o le quote salariali sui quali, a causa dell'età delle persone assicurate, non vengono prelevati i contributi AVS sono a loro volta considerati come guadagno soggetto ai premi se le persone interessate sono coassicurate.

27.2 Per il calcolo dei premi dei lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, vale il reddito da lavoro indicato nella polizza.

28 Pagamento dei premi

28.1 I premi assicurativi devono essere pagati anticipatamente dal contraente per l'intero periodo assicurativo. Per il pagamento rateale l'assicuratore può applicare un supplemento.

28.2 Per i dipendenti il premio anticipato risulta dai salari prevedibili e viene conteggiato all'inizio dell'anno successivo in base alle somme salariali definitive.

28.3 Durante un'incapacità al lavoro viene meno il dovere del pagamento dei premi nella misura delle prestazioni corrisposte dal contratto collettivo. Ciò non vale comunque per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari che non figurano nella contabilità salariale.

29 Dichiarazione delle somme salariali

29.1 Alla fine di ogni anno l'assicuratore sollecita il contraente a dichiarare le somme salariali definitive. A tal fine l'assicuratore invia al contraente il formulario per la dichiarazione delle somme salariali, che deve essere rinviato entro 30 giorni, compilato in maniera completa e veritiera. L'assicuratore effettua quindi il conteggio definitivo dei premi per l'anno precedente.

29.2 Se il contraente non adempie all'obbligo di dichiarazione, i premi vengono definiti tramite stima. Se in seguito risulta che a causa di ciò è stato fatturato un premio inferiore a quello dovuto, il contraente è tenuto a pagare, oltre alla differenza, gli interessi di mora del 5%.

29.3 L'assicuratore o terzi da esso incaricati hanno il diritto di consultare in ogni momento la contabilità salariale del contraente o di richiedere copie dei suoi conteggi AVS.

30 Rimborso del premio

30.1 Se il premio è stato pagato in anticipo per una determinata durata d'assicurazione e il contratto si estingue, per motivi legali o previsti dalle norme contrattuali, prima della fine di tale durata, l'assicuratore rimborsa il premio relativo all'anno assicurativo non trascorso.

30.2 I premi sono tuttavia da versare per l'anno assicurativo in corso, se il contratto al momento dello scioglimento è in vigore da meno di un anno e se il contraente disdice il contratto.

30.3 Un anno assicurativo inizia con la scadenza principale secondo la polizza e dura un anno.

31 Mora nel pagamento

Se il contraente non ottempera ai suoi obblighi di pagamento, egli verrà esortato a pagare l'importo entro 14 giorni dall'invio del sollecito e avvisato per iscritto in merito alle conseguenze della mora nel pagamento.

Se il sollecito resta senza effetto, l'obbligo di prestazione viene sospeso a partire dal termine indicato nel sollecito. Se l'assicuratore non procede per via legale alla riscossione dei premi in arretrato, compresi i costi accessori, entro due mesi dalla scadenza del termine di sollecito, il contratto è considerato estinto.

32 Assicurazione con partecipazione alle eccedenze

32.1 Se è stipulata l'assicurazione con partecipazione alle eccedenze, il contraente riceve sempre dopo tre anni assicurativi compiuti la quota, convenuta secondo le norme contrattuali, dell'eccedenza del suo contratto.

32.2 L'eccedenza è determinata dalla quota dei premi determinante per i premi definitivi pagati nel periodo di conteggio interessato, al netto delle prestazioni dovute nel periodo di conteggio.

32.3 Un'eventuale perdita non viene riportata al periodo di conteggio successivo.

32.4 Se dopo la stesura del conteggio vengono notificati casi di prestazioni o pagate prestazioni che riguardano il periodo di conteggio chiuso, l'assicuratore può allestire un nuovo conteggio della partecipazione alle eccedenze e chiedere il rimborso delle eccedenze pagate in eccesso.

32.5 Il diritto alla partecipazione alle eccedenze si estingue con lo scioglimento del contratto se lo stesso ha luogo prima della fine di un periodo di conteggio.



33 Compensazione di prestazioni e obbligo di rimborso

- 33.1 Il contraente e le persone assicurate non hanno il diritto nei confronti dell'assicuratore di compensare premi in sospeso con diritti a prestazioni.
- 33.2 Le prestazioni percepite ingiustamente dal contraente o dalla persona assicurata devono essere rimborsate all'assicuratore.

34 Modifica della tariffa dei premi

L'assicuratore comunica per iscritto la modifica al contraente entro 30 giorni prima della fine dell'anno. Se egli non è d'accordo con la nuova regolamentazione, può disdire le parti del contratto interessate dalla modifica, oppure l'intero contratto, per la fine dell'anno assicurativo. Se entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica l'assicuratore non riceve alcuna disdetta, la modifica si considera accettata.

35 Modifica del tasso di premio

- 35.1 Al termine del contratto l'assicuratore può adeguare i premi all'andamento delle prestazioni. Come periodo di osservazione si considera l'anno in corso più dai due ai quattro anni assicurativi precedenti. Se la somma delle prestazioni (compresi gli accantonamenti per i casi in corso) e delle spese amministrative supera i premi incassati, l'assicuratore può adeguare i premi in base alle disposizioni tariffali.
- 35.2 Per i lavoratori autonomi, i titolari d'azienda e i loro familiari, purché non figurino nella contabilità salariale e che inoltre non vi siano dipendenti assicurati, i tassi di premio possono essere adeguati alle tariffe valide per l'età attuale delle persone assicurate.
- 35.3 L'assicuratore comunica al contraente i nuovi tassi di premio entro 60 giorni prima della scadenza principale del premio. Se in caso di un aumento dei premi il contraente non è d'accordo, può disdire il contratto per la fine dell'anno assicurativo in corso. La disdetta deve pervenire per iscritto all'assicuratore entro l'ultimo giorno dell'anno assicurativo. Se il contraente non invia la disdetta, si deduce che sia d'accordo a mantenere il contratto esistente con il nuovo tasso di premio.

Disposizioni finali**36 Comunicazioni e obbligo d'informare**

- 36.1 Al contraente:
tutte le comunicazioni al contraente, o all'ufficio di riferimento da lui nominato, vengono indirizzate all'ultimo recapito in Svizzera noto all'assicuratore.
- 36.2 Alle persone assicurate:
tutte le comunicazioni alle persone assicurate spettano al contraente. Quest'ultimo è tenuto a informare le persone assicurate sui contenuti fondamentali del contratto, sulle sue modifiche e la sua risoluzione. L'assicuratore mette a disposizione del contraente la documentazione necessaria a tal fine.
- 36.3 All'assicuratore:
tutte le comunicazioni all'assicuratore devono essere inviate direttamente all'indirizzo indicato nella polizza ed essere redatte in tedesco, francese, italiano o inglese. Per i documenti redatti in altre lingue deve essere allegata una traduzione autenticata.
- 36.4 Se il contraente cambia il suo domicilio aziendale, il suo ufficio di riferimento, il genere di azienda, oppure cambiano i rapporti di proprietà dell'azienda o vengono acquisite altre aziende o parti di aziende, l'assicuratore deve essere immediatamente informato per iscritto.

37 Protezione dei dati

- 37.1 Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana utilizzano le informazioni relative alle persone assicurate per l'esecuzione del contratto, nonché per la consulenza e l'assistenza personale ai pazienti ma anche per migliorare continuamente la qualità dei prodotti e dei servizi offerti alle persone assicurate potenziali, esistenti e precedenti. L'assicuratore può anche conferire un incarico per il trattamento dei dati.

Per soddisfare al meglio le esigenze molteplici e individuali delle persone assicurate e per offrire prodotti e servizi di Helsana Assicurazioni integrative SA, delle società del gruppo Helsana o dei partner (citati nominativamente sul sito Internet dell'assicuratore) convenienti o interessanti per le persone assicurate potenziali, esistenti o precedenti, i dati vengono valutati mediante metodi matematici e statistici per formare gruppi di clienti in base alle esigenze.

Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana sono dunque anche esplicitamente autorizzate a consultare l'eventuale dossier dell'assicurazione di base e/o di quelle integrative e a trattarlo esclusivamente nell'ambito delle assicurazioni integrative per gli scopi summenzionati.



- 37.2 Sono membri del gruppo Helsana: Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA, Helsana Infortuni SA, Progrès Assicurazioni SA, Helsana Partecipazioni SA e Procure Previdenza SA.
- 37.3 Gli attuali partner di Helsana Assicurazioni integrative SA sono riportati sul sito Internet dell'assicuratore.
- 37.4 Helsana Assicurazioni integrative SA e il gruppo Helsana sono soggetti a disposizioni particolarmente severe sulla protezione dei dati. Pertanto, in linea di massima, non vengono rese note informazioni personali a terzi al di fuori del gruppo Helsana. Vengono fatte eccezioni solo nei casi in cui una disposizione di legge prevede esplicitamente o autorizza una comunicazione dei dati.
- 37.5 I dati personali vengono trattati e conservati in una banca dati o su carta per il tempo necessario previsto dalle disposizioni legali o contrattuali. In seguito i dati personali vengono eliminati.
- 38 Foro competente**
Per le vertenze giuridiche derivanti dal contratto d'assicurazione è competente il tribunale della località svizzera dove ha domicilio il contraente o l'avente diritto.

