

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

Informativa per la clientela e condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Edizione maggio 2026

Indice

I. Informativa per la clientela sulle condizioni generali d'assicurazione	1
II. Condizioni generali d'assicurazione (CGA)	4
Basi	4
1. Oggetto dell'assicurazione	4
2. Basi del contratto	4
3. Tipo di assicurazione	4
4. Definizioni	4
Inizio e termine del contratto collettivo	5
5. Inizio e termine del contratto collettivo	5
6. Disdetta del contratto collettivo	5
Entità della copertura	5
7. Persone assicurate	5
8. Salario assicurato	6
9. Godimento ulteriore del salario	6
10. Validità territoriale	6
Inizio e fine della copertura assicurativa	6
11. Inizio della copertura assicurativa	6
12. Fine della copertura assicurativa	7
13. Continuazione delle prestazioni	7
14. Passaggio all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera	7
Prestazioni	8
15. Premesse per le prestazioni	8
16. Notifica in caso di prestazione	8
17. Inizio delle prestazioni e periodo d'attesa	8
18. Durata delle prestazioni e ricaduta	8
19. Interruzione della prestazione	9
20. Soggiorno all'estero	9
21. Ferie	9
22. Congedo non retribuito	9
23. Limitazioni delle prestazioni assicurative	10
24. Obblighi obbligo di ridurre il danno in caso di prestazione	10
25. Violazione degli obblighi e dell'obbligo di ridurre il danno	11
26. Calcolo e pagamento dell'indennità giornaliera	11
27. Prestazioni durante la maternità	12
28. Indennità di parto e congedo di paternità	12
29. Prestazioni di terzi	12
30. Costituzione in pegno e cessione di prestazioni, diritto di regresso	12
Premi	13
31. Basi del calcolo dei premi	13
32. Pagamento dei premi	13
33. Dichiarazione della somma salariale	13
34. Ritardo nei pagamenti	13
35. Rimborso del premio	13
36. Compensazione di prestazioni e obbligo di rimborso	13
37. Assicurazione con partecipazione alle eccedenze	14
38. Modifica della tariffa dei premi	14
39. Modifica del tasso di premio e del tipo di tariffazione	14

Disposizioni finali	15
40. Comunicazioni e obbligo d'informare	15
41. Clausola broker	15
42. Clausola errori e omissioni	15
43. Protezione dei dati	15
44. Foro competente	15

I. Informativa per la clientela sulle condizioni generali d'assicurazione

L'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in sintesi

Nella presente informativa per la clientela sono riportate le principali caratteristiche assicurative dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera secondo la LCA con il partner contrattuale Helsana Assicurazioni integrative SA (di seguito Helsana).

Il presente documento ha il solo scopo di migliorare la comprensione. Sono determinanti e giuridicamente vincolanti le basi del contratto illustrate al punto 2 delle seguenti condizioni generali d'assicurazione (CGA).

Che cosa include la copertura assicurativa?

Chi è assicurato?

In qualità di datore di lavoro, il contraente assicura i suoi dipendenti soggetti all'AVS contro la perdita di guadagno causata da un'incapacità al lavoro per malattia. Le persone o i gruppi di persone assicurati sono indicati nella polizza.

Anche i lavoratori autonomi possono assicurare sé stessi e i familiari che collaborano con loro.

Che cosa è assicurato?

Il diritto a un'indennità giornaliera è riconosciuto in caso di un'incapacità al lavoro attestata dal medico pari a un minimo del 25%, dovuta a malattia o a disturbi della gravidanza.

Se una malattia porta al decesso di un dipendente, Helsana fornisce al contraente un sostegno finanziario per aiutarlo a rispettare l'obbligo legale di godimento ulteriore del salario ai sensi del codice delle obbligazioni.

In via opzionale, il contraente può offrire un'ulteriore protezione alle future madri e ai futuri padri integrando la LIPG con un'indennità di parto e un congedo di paternità per i suoi dipendenti.

I lavoratori autonomi e i rispettivi familiari che collaborano con loro e non sono soggetti all'AVS possono co-assicurare il rischio d'infortunio.

L'entità delle prestazioni concordate su base individuale è indicata nella polizza.

Reddito assicurato

Per i dipendenti è assicurato l'ultimo salario AVS effettivo percepito presso l'azienda assicurata fino a un limite massimo indicato nella polizza. Un eventuale bonus, una quota o una remunerazione variabile (ad es. provvigioni, assegni) sono co-assicurati se soggetti all'AVS.

I lavoratori autonomi e i rispettivi familiari che non sono soggetti all'AVS concordano una somma assicurata.

Servizi ampliati

È inoltre possibile includere un budget per la prevenzione.

Per il budget per la prevenzione si applicano le relative CG come parte del contratto assicurativo. Questo budget può essere utilizzato per misure preventive volte alla promozione della salute in azienda ed è disponibile su base annuale. Il budget non utilizzato decade alla fine dell'anno.

Che cosa si deve sapere su durata del contratto e prestazioni?

Durata contrattuale

Di norma il contratto viene stipulato per tre anni, trascorsi i quali si rinnova di volta in volta per un altro anno, a meno che una delle parti contraenti non abbia ricevuto una disdetta al più tardi tre mesi prima della scadenza dello stesso.

Inizio della copertura assicurativa

Per la singola persona assicurata, la copertura assicurativa decorre dal giorno di inizio del rapporto di lavoro, tuttavia al più presto dalla data di inizio del contratto indicata nella polizza.

Fine della copertura assicurativa

La copertura assicurativa garantita dal presente contratto si estingue nelle seguenti situazioni:

- in caso di scioglimento del contratto collettivo;
- in caso di scioglimento del rapporto di lavoro;
- al compimento del 70° anno d'età;
- in caso di trasferimento del domicilio all'estero. Sono escluse da tale limitazione le persone assicurate che continuano a essere soggette alle assicurazioni sociali svizzere.

Durata delle prestazioni

La durata delle prestazioni è indicata nella polizza e ammonta a un massimo di 730 giorni. I periodi d'attesa vengono dedotti dalla durata delle prestazioni, salvo diversamente convenuto nella polizza. Al raggiungimento dell'età di riferimento AVS, si applica una durata ridotta delle prestazioni pari complessivamente a 180 giorni.

A che cosa occorre prestare attenzione e quali obblighi derivano dal contratto?

Gli obblighi in qualità di datore di lavoro

Il contraente è invitato a informare i suoi collaboratori in merito ai contenuti fondamentali del contratto, alle modifiche e allo scioglimento del contratto, illustrando loro anche i relativi doveri in caso di prestazione.

Ha inoltre l'obbligo legale di informare i suoi collaboratori in merito al diritto di passaggio all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera e al termine di tre mesi. Il passaggio è possibile senza esame dello stato di salute. Le eccezioni in merito sono riportate al punto 14.6 delle CGA.

Le prestazioni d'indennità giornaliera versate da Helsana spettano ai collaboratori inabili al lavoro e devono essere loro inoltrate. Se le indennità giornaliere sono soggette all'imposta alla fonte, il contraente, in qualità di datore di lavoro, è responsabile del loro conteggio in conformità alla legge e del versamento entro i termini previsti.

Se una persona assicurata fa valere il proprio diritto di credito diretto o esce dalla cerchia delle persone assicurate durante il caso di prestazione, il versamento viene effettuato direttamente a suo favore. In questi casi Helsana si fa carico del versamento dell'imposta alla fonte.

I premi devono essere pagati puntualmente per contribuire al contenimento delle spese e garantire la continuità della copertura. Il contraente è inoltre invitato a presentare la dichiarazione completa e veritiera della somma salariale al più tardi il 31 gennaio dell'anno in corso.

Il contraente è invitato a informarci immediatamente in merito a eventuali cambiamenti che riguardano domicilio aziendale, indirizzo di recapito, tipo di azienda, rapporti di proprietà o acquisizioni di aziende o parti di aziende.

Notifica in caso di prestazione

I casi di malattia devono essere notificati a Helsana al più tardi 30 giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro presentando il relativo certificato. Il diritto a prestazioni può ridursi o decadere qualora il contraente comunichi la malattia tardivamente o la persona assicurata non sia in possesso di un certificato di incapacità al lavoro.

I principali obblighi della persona assicurata

Il diritto a prestazioni è previsto solo se la persona assicurata si sottopone al trattamento medico necessario al più tardi cinque giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro, seguendo le indicazioni del personale medico. Se l'incapacità al lavoro si protrae per oltre un mese, occorre inoltre presentare un certificato medico una volta al mese.

La persona assicurata è inoltre tenuta a fornire a Helsana tutti i dati di cui quest'ultima necessita per l'accertamento del diritto a prestazioni e per la determinazione dell'ammontare delle prestazioni.

La persona assicurata che si rechi all'estero a scopo di trattamento, cura o parto deve comunicarlo a Helsana almeno cinque giorni prima della partenza. Lo stesso vale per le persone assicurate che pianificano le ferie durante l'incapacità al lavoro.

Violazione degli obblighi da parte della persona assicurata

Le prestazioni assicurative possono essere ridotte, in via temporanea o permanente, o rifiutate in casi particolarmente gravi, qualora la persona assicurata violi gli obblighi previsti. Tali pregiudizi giuridici non producono effetti se la persona assicurata dimostra di non avere colpa.

In che modo Helsana protegge i dati del contraente?	Protezione dei dati Le persone assicurate godono della protezione integrale prevista dalla legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e dalle direttive in materia di protezione dei dati di Helsana. La dichiarazione sulla protezione dei dati di Helsana Assicurazioni integrative SA è consultabile all'indirizzo helsana.ch/protezione-dei-dati oppure può essere richiesta al Servizio clienti.
Indicazioni importanti	Accordo di libero passaggio Helsana ha sottoscritto l'accordo di libero passaggio dell'Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA e di santésuisse. Per maggiori dettagli al riguardo, consultare il sito web dell'ASA. Detto accordo di libero passaggio prevale sulle seguenti CGA, qualora garantisca condizioni più favorevoli alle persone assicurate.

II. Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Basi

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

1. Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di Helsana accorda la copertura assicurativa contro le conseguenze economiche dell'incapacità al lavoro in seguito a malattia e, se convenuto per contratto, a infortuni.

2. Basi del contratto

Sono considerate basi del contratto:

- 2.1 la polizza;
- 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 (di seguito CGA);
- 2.4 accordi o convenzioni speciali, purché siano stati confermati da Helsana nella polizza come condizioni particolari d'assicurazione (CPA);
- 2.5 le condizioni generali (CG) delle prestazioni di prevenzione aggiuntive indicate nella polizza;
- 2.6 la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

3. Tipo di assicurazione

- 3.1 Il tipo di assicurazione è indicato nella polizza. Può trattarsi di un'assicurazione di danno di cui al punto 3.2 o di un'assicurazione di somme di cui al punto 3.3.
- 3.2 L'assicurazione di danno è l'assicurazione in cui, in caso di prestazione, viene rimborsato solo il danno effettivamente subito e concretamente dimostrabile nei limiti della somma assicurata convenuta.
- 3.3 L'assicurazione di somme è l'assicurazione in cui, in caso di prestazione, viene rimborsata la somma assicurata convenuta nella polizza in funzione del grado di incapacità al lavoro. Non è richiesta la dimostrazione del danno effettivamente subito.

4. Definizioni

- 4.1 È considerato 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.
- 4.2 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 nella legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) sono parificate agli infortuni.
- 4.3 La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.
- 4.4 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. Dopo sei mesi, vengono prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.
- 4.5 Un caso di prestazione si verifica a fronte di un'incapacità al lavoro dovuta a malattia o infortunio. Ogni nuova incapacità al lavoro subentrata durante un caso di prestazione non costituisce un nuovo caso di prestazione.
- 4.6 Sono considerati medici tutti quelli che in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein sono autorizzati a esercitare la professione di medico, dentista e chiropratico in base a un diploma federale o estero corrispondente. È considerato medico estero colui che è titolare di un attestato equipollente che abilita all'esercizio della professione.

Inizio e termine del contratto collettivo

5. Inizio e termine del contratto collettivo

- 5.1 Il contratto collettivo decorre dalla data indicata nella polizza o nella conferma di copertura o conferma d'accettazione scritta di Helsana.
- 5.2 Al raggiungimento della data di scadenza indicata nella polizza e dopo ogni anno di assicurazione successivo, il contratto collettivo si rinnova tacitamente per un altro anno, a meno che non venga disdetto entro i termini previsti.
- 5.3 Il contratto collettivo termina in caso di:
- disdetta;
 - trasferimento della sede aziendale all'estero o
 - cessazione dell'attività.

6. Disdetta del contratto collettivo

- 6.1 Il contratto collettivo può essere disdetto dal contraente oppure da Helsana per la prima volta al raggiungimento della data di scadenza indicata nella polizza e, in seguito, alla fine di un anno di assicurazione. L'anno di assicurazione decorre dalla scadenza principale indicata nella polizza. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire a Helsana o al contraente con almeno tre mesi di anticipo.
- 6.2 Il contraente ha il diritto di disdire il contratto collettivo ogni volta che Helsana gli corrisponde un indennizzo per un caso di prestazione. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire a Helsana al più tardi 14 giorni dopo essere venuti a conoscenza dell'ultimo versamento per un caso di prestazione. Il contratto collettivo si estingue con la ricezione di tale comunicazione da parte di Helsana.
- 6.3 Da parte sua Helsana rinuncia a questo diritto di disdetta. La rinuncia alla disdetta da parte di Helsana non vale in caso di reticenza in sede di stipulazione del contratto, di frode assicurativa tentata o compiuta oppure di falsificazione di documenti.

Entità della copertura

7. Persone assicurate

- 7.1 Sono assicurati i gruppi di persone indicati e le persone menzionate nominativamente nella polizza.

Dipendenti

- 7.2 I dipendenti sono assicurati se:
- tra loro e il contraente sussiste un rapporto di lavoro e
 - sono soggetti all'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS) in virtù della loro attività lavorativa dipendente.

Gli apprendisti sono equiparati ai dipendenti.

- 7.3 I dipendenti che, al raggiungimento dell'età di riferimento AVS legale secondo la LAVS o al momento dell'assunzione dopo aver raggiunto tale età, sono pienamente abili al lavoro rimangono assicurati fino al compimento del 70° anno d'età.

Per loro si applica una durata ridotta delle prestazioni ai sensi del punto 18.2.

Lavoratori autonomi

- 7.4 Per i lavoratori autonomi e i rispettivi familiari, purché non soggetti all'AVS, l'ammissione nell'assicurazione deve essere richiesta individualmente mediante dichiarazione sullo stato di salute. Per quanto attiene al raggiungimento dell'età di riferimento AVS, si applicano le stesse disposizioni di cui al punto 7.3.

Persone non assicurate

- 7.5 Non sono assicurate le persone che:
- operano per il contraente senza un rapporto di lavoro diretto, come il personale ceduto in prestito, gli appaltatori e gli organi non dipendenti del contraente;
 - hanno domicilio all'estero e lavorano in Svizzera, ma non sono soggette alle assicurazioni sociali svizzere in forza dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone stipulato con l'Unione europea (UE) o della Convenzione AELS.

8. Salario assicurato

Dipendenti

- 8.1 Per i dipendenti è assicurato il salario AVS effettivo fino al salario annuo massimo assicurato per persona indicato nella polizza. L'assicurazione copre la percentuale del salario assicurato indicata nella polizza.

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, quota, indennità fisse e gettoni di presenza.

- 8.2 Assegni per figli e di formazione della cassa di compensazione familiare sono co-assicurati. Per questi il diritto a prestazioni decorre dalla scadenza del periodo d'attesa convenuto nella polizza, al più presto dal quinto mese civile.
- 8.3 Gli indennizzi soggetti all'AVS, concordati e versati in occasione dello scioglimento del rapporto di lavoro, sono esclusi dal salario assicurato.

Lavoratori autonomi

- 8.4 Per i lavoratori autonomi e i rispettivi familiari, purché non soggetti all'AVS, è assicurata al massimo la somma assicurata convenuta nella polizza.
- 8.5 Nel caso di un'assicurazione di danno ai sensi del punto 3.2, sussiste il diritto a prestazioni nei limiti della perdita di guadagno dimostrata.

Nel caso di un'assicurazione di somme ai sensi del punto 3.3, sussiste il diritto alla somma assicurata convenuta nella polizza in funzione del grado di incapacità al lavoro. Se convenuto per contratto, eventuali prestazioni di terzi ai sensi del punto 289 vengono conteggiate.

9. Godimento ulteriore del salario

Helsana partecipa al pagamento del godimento ulteriore del salario dovuto dal contraente ai sensi dell'art. 338 cpv. 2 CO qualora una persona assicurata muoia in seguito a malattia. L'importo dell'indennizzo corrisponde al salario AVS secondo il contratto di lavoro, tuttavia al massimo al salario massimo assicurato per persona e anno indicato nella polizza. Se nel contratto di lavoro sono state concordate prestazioni diverse da quelle previste dall'art. 338 cpv. 2 CO per il dipendente, il contraente rimane tenuto a versare la differenza.

10. Validità territoriale

- 10.1 L'assicurazione è valida in tutto il mondo.
- 10.2 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 sotto il profilo medico e soltanto finché non sia possibile il rientro in Svizzera.
- 10.3 Per i dipendenti distaccati all'estero, vengono meno le condizioni indicate al punto 10.2. La copertura assicurativa per lavoratori distaccati rimane in vigore fino a quando sussiste la copertura assicurativa obbligatoria ai sensi della LAINF e della LAMal. Restano salve le disposizioni di cui ai punti 7.2 e 7.3.

Inizio e fine della copertura assicurativa

11. Inizio della copertura assicurativa

Dipendenti

- 11.1 Per la singola persona assicurata, la copertura assicurativa decorre dal giorno di inizio del rapporto di lavoro, tuttavia al più presto dalla data di inizio del contratto indicata nella polizza.
- 11.2 Le persone che, in seguito a malattia o infortunio, all'inizio del rapporto di lavoro sono inabili al lavoro o soltanto parzialmente abili al lavoro, sono assicurate solo a partire dal momento in cui tornano completamente abili al lavoro nel contesto del loro contratto di lavoro.
- 11.3 I dipendenti che, a causa della loro invalidità parziale, percepiscono una rendita d'invalidità ed esercitano un'occupazione a tempo parziale nell'azienda assicurata, devono essere pienamente abili al lavoro, nella misura dell'occupazione a tempo parziale convenuta, il giorno in cui inizia la copertura assicurativa.

In caso di peggioramento temporaneo o permanente dell'infermità che ha provocato l'invalidità parziale, le prestazioni vengono corrisposte per un massimo di 180 giorni per caso di prestazione. Se il peggioramento comporta un aumento della rendita dell'assicurazione per l'invalidità, le prestazioni di cui al punto 29 vengono ridotte.

Lavoratori autonomi

- 11.4 Per i lavoratori autonomi e i rispettivi familiari, purché non soggetti all'AVS, la copertura assicurativa decorre dalla data indicata nella polizza.

12. Fine della copertura assicurativa

- 12.1 La copertura assicurativa si estingue per tutte le persone assicurate con lo scioglimento del contratto collettivo.
- 12.2 Per ogni persona assicurata la copertura assicurativa si estingue:
- con l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate;
 - con il compimento del 70° anno d'età per le persone assicurate che hanno continuato a essere assicurate ai sensi dei punti 7.3 e 7.4;
 - con il decesso della persona assicurata o
 - con il trasferimento del domicilio all'estero. Sono escluse da tale limitazione i dipendenti che continuano a essere soggetti alle assicurazioni sociali svizzere.

13. Continuazione delle prestazioni

- 13.1 Per le persone assicurate che sono inabili al lavoro alla fine della copertura assicurativa, il diritto a prestazioni resta salvaguardato per il caso di prestazione in corso nell'ambito delle disposizioni contrattuali (continuazione delle prestazioni). Con il raggiungimento della piena capacità lavorativa si estingue il diritto alla continuazione delle prestazioni.

Limitazioni della continuazione delle prestazioni

- 13.2 La continuazione delle prestazioni di cui al punto 13.1 non trova applicazione:
- se il contratto viene continuato da un altro assicuratore, che deve garantire la continuazione dei pagamenti delle indennità giornaliere sulla base di un accordo di libero passaggio;
 - se si tratta di un rapporto di lavoro a tempo determinato, ad eccezione dei contratti di apprendistato;
 - in caso di ricaduta di cui al punto 17.3;
 - al raggiungimento dell'età di riferimento AVS, a condizione che prima della sopravvenuta incapacità al lavoro non fosse stata pattuita per iscritto la continuazione del rapporto di lavoro oltre l'età di riferimento AVS;
 - al compimento del 70° anno d'età.

Per i lavoratori autonomi e i rispettivi familiari, purché non soggetti all'AVS, la continuazione delle prestazioni di cui al punto 13.1 non trova inoltre applicazione in caso di cessazione dell'attività per motivi economici non legati all'incapacità al lavoro assicurata.

14. Passaggio all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera

- 14.1 Le persone che escono dalla cerchia delle persone assicurate hanno il diritto di passare entro tre mesi dall'uscita all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo la LCA di Helsana, senza esame dello stato di salute. Lo stesso diritto è previsto anche per le persone assicurate se si estingue il contratto collettivo. Il passaggio deve essere richiesto per iscritto. L'assicurazione individuale d'indennità giornaliera decorre dal giorno successivo all'uscita dalla cerchia delle persone assicurate rispettivamente allo scioglimento del contratto collettivo.
- 14.2 In caso di scioglimento del rapporto di lavoro, il contraente deve comunicare alla persona assicurata il suo diritto di passaggio all'assicurazione individuale e il termine di tre mesi. Lo stesso obbligo è previsto in caso di scioglimento del contratto collettivo.
- 14.3 Se la persona assicurata riceve una continuazione delle prestazioni di cui al punto 13.1, il termine decorre dalla fine dell'obbligo di prestazione. In questo caso l'obbligo di fornire informazioni spetta a Helsana.
- 14.4 Le persone che passano all'assicurazione individuale hanno diritto alla copertura assicurativa per le prestazioni che erano assicurate in precedenza. Per il nuovo contratto sono però determinanti le disposizioni e le tariffe dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera. L'ultimo salario assicurato viene adottato come base per il calcolo del salario assicurato nell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera. L'indennità giornaliera può essere ridotta nella misura in cui si riduce l'attività lucrativa o si consegue un reddito inferiore. Per le persone disoccupate ai sensi dell'art. 10 della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (di seguito LADI), è assicurabile nell'ambito dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera l'importo che risulterebbe dall'indennità di disoccupazione o il salario massimo assicurabile. Su richiesta, il periodo d'attesa può essere esteso oppure ridotto a un minimo di 30 giorni.

Assicurazione di somme

- 14.5 Nel caso di un'assicurazione di somme di cui al punto 3.3, l'indennità giornaliera nell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera viene adeguata al reddito attuale e trasformata in un'assicurazione di danno.

Limitazioni del diritto di passaggio

- 14.6 Non vi è libero passaggio o diritto di passaggio per le persone assicurate:
- a) che abitano all'estero, a meno che non continuino a essere soggette alle assicurazioni sociali svizzere;
 - b) che sono assunte con un contratto di lavoro a tempo determinato, a meno che non siano considerate disoccupate ai sensi dell'art. 10 LADI;
 - c) il cui rapporto di lavoro è stato sciolto durante il periodo di prova, a meno che non siano considerate disoccupate ai sensi dell'art. 10 LADI;
 - d) che hanno raggiunto l'età di riferimento AVS o hanno scelto il pensionamento anticipato;
 - e) in caso di esaurimento della durata delle prestazioni secondo il contratto collettivo per un'incapacità al lavoro del 100% nell'ambito del contratto di lavoro;
 - f) in caso di cambio del posto di lavoro e di passaggio all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di un nuovo datore di lavoro;
 - g) in caso di frodi nelle giustificazioni di un diritto dell'assicurato (art. 40 LCA) o
 - h) 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

15. Premesse per le prestazioni

- 15.1 Nel caso di un'assicurazione di danno di cui al punto 3.2, la persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste alcun diritto a prestazioni.
- 15.2 In caso di incapacità al lavoro dimostrata pari almeno al 25%, l'indennità giornaliera viene corrisposta in proporzione al grado dell'incapacità al lavoro stessa.
- 15.3 Nel caso di persone parzialmente invalide o dipendenti che in seguito al loro problema di salute esercitano solo un'occupazione a tempo parziale nell'azienda assicurata, l'incapacità al lavoro si misura secondo il grado di inabilità a continuare a svolgere detta attività.
- 15.4 Le assenze dal posto di lavoro per esami e trattamenti ambulatoriali non danno diritto all'indennità giornaliera.

16. Notifica in caso di prestazione

Le pretese a prestazioni d'indennità giornaliera vanno fatte valere presso Helsana al più tardi 30 giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro, a prescindere dai periodi d'attesa.

Successivamente alla notifica di malattia, si deve sempre presentare un certificato di incapacità al lavoro rilasciato da un medico ai sensi del punto 4.6.

Se la notifica di malattia giunge più tardi, l'obbligo di prestazione decorre dal giorno della ricezione della notifica. La durata della prestazione decorre tuttavia dal primo giorno dell'incapacità al lavoro.

17. Inizio delle prestazioni e periodo d'attesa

- 17.1 L'obbligo di prestazione inizia dopo la scadenza del periodo d'attesa convenuto nella polizza. Esso si applica a ogni caso di prestazione, se non diversamente concordato nella polizza.
- 17.2 Il periodo d'attesa decorre dal primo giorno dell'incapacità al lavoro confermata dal medico, tuttavia al più presto cinque giorni prima dell'inizio del trattamento medico. I giorni di incapacità al lavoro parziale sono considerati interi ai fini del calcolo del periodo d'attesa.
- 17.3 Se l'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF è stipulata presso Helsana Infortuni SA, in caso di trasferimento di un caso da infortunio con conseguente incapacità al lavoro a malattia, Helsana scala al massimo 30 giorni dal periodo d'attesa.

18. Durata delle prestazioni e ricaduta

- 18.1 Helsana corrisponde l'indennità giornaliera per caso di prestazione al massimo per la durata di fruizione delle prestazioni indicata nella polizza. I periodi di attesa vengono dedotti dalla durata delle prestazioni, salvo diversa pattuizione nella polizza. Nuove incapacità al lavoro subentrate durante un caso di prestazione non costituiscono un nuovo caso di prestazione. I giorni di incapacità al lavoro parziale pari almeno al 25% contano come giorni interi.
- 18.2 Per le persone assicurate che all'inizio del caso di prestazione percepiscono una rendita di vecchiaia dell'AVS, tuttavia al più tardi fino al raggiungimento dell'età di riferimento AVS, si applica una durata complessiva delle prestazioni di 180 giorni anziché quella indicata nella polizza.

Ricaduta

- 18.3 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 incapace al lavoro 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 delle prestazioni.

Esaurimento della durata delle prestazioni

- 18.4 Una volta esaurita la durata massima delle prestazioni per un caso di prestazione, la persona assicurata non ha più diritto a ricevere prestazioni per questo caso. Un'eventuale capacità al lavoro residua rimane assicurata ove la persona sia assunta nei limiti della capacità residua stessa.

Per le persone assicurate indicate nominativamente nella polizza, la somma assicurata convenuta finora è ridotta corrispondentemente al grado della capacità al lavoro residua.

- 18.5 Se, una volta esaurita la durata massima delle prestazioni, si manifesta una malattia diversa da quella che ha provocato l'esaurimento, la copertura assicurativa sussiste solo se la persona assicurata ha precedentemente riacquisito in tutto o in parte la capacità lavorativa e solo nella misura dell'ulteriore incapacità al lavoro causata dalla nuova malattia.
- 18.6 La persona assicurata non può impedire l'esaurimento della durata delle prestazioni rinunciando alle stesse prima che sia conclusa l'incapacità al lavoro.

Assicurazione di somme

- 18.7 A integrazione del punto 18.4, nel caso di un'assicurazione di somme di cui al punto 3.3, una volta esaurita la durata massima delle prestazioni la somma assicurata convenuta viene ridotta in proporzione all'ultimo grado determinante di incapacità al lavoro. In caso di incapacità al lavoro del 100% l'assicurazione della persona in questione viene annullata.

19. Interruzione della prestazione

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, di blocco delle prestazioni in seguito al mancato pagamento dei premi o di soggiorno all'estero.

20. Soggiorno all'estero

- 20.1 Se la persona assicurata si reca all'estero a scopo di trattamento, cura o parto senza averlo preventivamente comunicato a Helsana, non vengono corrisposte prestazioni. Fanno eccezione i frontalieri in possesso di un permesso per frontalieri G in corso di validità, i quali possono farsi curare nel proprio Paese di domicilio.
- 20.2 Per mantenere il diritto a prestazioni durante un caso di prestazione, la persona assicurata deve informare Helsana per iscritto almeno cinque giorni prima di recarsi all'estero. Deve inoltre presentare una conferma medica che attesti che il soggiorno all'estero non comprometterà il processo di guarigione. Dopo un'analisi delle circostanze, Helsana può corrispondere le prestazioni assicurative durante un periodo limitato.

L'inosservanza di tali disposizioni comporta la decadenza del diritto alle prestazioni durante il soggiorno all'estero. I giorni non indennizzati sono dedotti dalla durata delle prestazioni quali giorni interi.

21. Ferie

Durante il periodo di incapacità al lavoro è possibile godere regolarmente dei giorni di ferie se il medico responsabile ne ha attestato l'idoneità. Il diritto alle prestazioni assicurative è interrotto per la durata del diritto alle vacanze. I giorni di interruzione non vengono scalati dalla durata delle prestazioni.

22. Congedo non retribuito

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 sette 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, Helsana 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. Si applicano le obbligazioni e l'obbligo di ridurre il danno di cui al punto 24.

23. Limitazioni delle prestazioni assicurative

- 23.1 Non vengono corrisposte prestazioni assicurative:
- a) per danni alla salute causati dall'azione di radiazioni ionizzanti e dall'energia atomica, eccetto i danni che potrebbero derivare da trattamenti medici;
 - b) per incapacità al lavoro in seguito a interventi non indicati dal profilo medico (ad es. interventi estetici);
 - c) per conseguenze di eventi bellici:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che le persone assicurate non si ammalinino o siano vittime d'infortunio entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel Paese nel quale soggiornano e siano state colte di sorpresa dall'inizio di tali eventi bellici.
- 23.2 Se il rischio d'infortunio è co-assicurato, in aggiunta al punto 23.1 non vengono corrisposte prestazioni assicurative nemmeno in caso di pericoli straordinari e loro conseguenze. Sono considerati tali segnatamente:
- a) conseguenze di eventi bellici:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che l'infortunio non si verifichi entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel Paese in cui la persona assicurata soggiorna e questa sia stata colta di sorpresa dall'inizio di tali eventi bellici;
 - b) terremoto in Svizzera;
 - c) partecipazione a disordini (atti di violenza contro persone o cose in occasione di assembramento, sommossa o tumulto) e contromisure adottate, a meno che la persona assicurata non possa dimostrare in modo attendibile di non avervi partecipato attivamente o come agitatore accanto ai fautori dei disordini;
 - d) servizio militare all'estero;
 - e) partecipazione ad atti di terrorismo;
 - f) partecipazione a risse e baruffe;
 - g) infortuni occorsi durante la commissione di un crimine o di un delitto;
 - h) danni alla salute causati dall'azione di radiazioni ionizzanti di ogni genere; sono invece assicurati i danni alla salute causati da radiazioni prescritte dal medico come conseguenza di un infortunio assicurato. Anche i danni alla salute in seguito all'azione di radiazioni conseguenti all'attività professionale svolta per l'azienda assicurata sono co-assicurati qualora giustifichino un obbligo di prestazione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. Per il resto si applicano le disposizioni della LAINF;
 - i) in caso di atti temerari, le prestazioni assicurative sono ridotte di almeno la metà o addirittura rifiutate per intero. 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 di per sé temerari.

- 23.3 Helsana rinuncia al diritto che le 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.

24. Obblighi e obbligo di ridurre il danno in caso di prestazione

- 24.1 La persona assicurata ha l'obbligo di collaborare al disbrigo del caso di prestazione.

Obblighi

- 24.2 Un certificato medico è valido fino al consulto medico successivo e comunque per non più di un mese.

Se il caso di prestazione dura più di un mese, va presentato mensilmente a Helsana un certificato medico in cui sono riportati il grado e la durata dell'incapacità al lavoro.

I certificati di incapacità al lavoro senza un consulto personale con un medico sono accettati per un massimo di cinque giorni.

I certificati di incapacità al lavoro vengono accettati solo se rilasciati da medici ai sensi del punto 4.6. I certificati medici retroattivi vengono accettati al massimo per cinque giorni.

- 24.3 Al più tardi cinque giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro, la persona assicurata deve consultare un medico che fornisca un trattamento specialistico.

È inoltre tenuta a sottoporsi, a spese di Helsana, alle visite mediche supplementari o perizie che quest'ultima ritiene necessarie.

- 24.4 La persona assicurata deve fornire a Helsana tutti i dati di cui quest'ultima necessita per l'accertamento del diritto a prestazioni e per la determinazione dell'ammontare delle prestazioni. Segnatamente la persona assicurata può essere costretta a presentare ulteriori giustificativi e informazioni e a procurare all'attenzione di Helsana rapporti e certificati medici necessari alla valutazione dell'obbligo a prestazioni. 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. Helsana ha inoltre il diritto di fare visita agli assicurati.

- 24.5 La persona assicurata deve anche esonerare medici, ospedali, altri fornitori di prestazioni mediche, fornitori di servizi, autorità, compagnie o istituti assicurativi, in particolare l'assicurazione per l'invalidità e l'istituto di previdenza professionale, dall'obbligo del segreto nei confronti di Helsana.

- 24.6 Per mantenere il diritto a prestazioni durante un caso di prestazione, la persona assicurata deve garantire in ogni momento la sua reperibilità. Si rende disponibile anche per le misure e gli esami medici ordinati da Helsana e garantisce il necessario e ininterrotto trattamento medico specialistico.
- 24.7 Se per l'accertamento del diritto è necessaria una verifica dell'andamento degli affari, il contraente deve consentire a Helsana o a un terzo da questa incaricato la consultazione dei libri contabili e dei giustificativi in tale contesto.
- 24.8 Helsana subordina la prestazione alla previa notifica del caso alle altre assicurazioni coinvolte, in particolare all'assicurazione federale per l'invalidità. Se la persona inabile al lavoro non si registra presso le altre assicurazioni interessate, Helsana può interrompere o ridurre il pagamento delle indennità giornaliera.

Dal 365° giorno dall'inizio dell'incapacità al lavoro, le prestazioni d'indennità giornaliera possono essere ridotte dell'importo della rendita semplice d'invalidità massima.

Obbligo di ridurre il danno

- 24.9 La persona assicurata deve intraprendere tutto quello che è atto a favorire il recupero dell'abilità al lavoro ed evitare tutto quello che pregiudica la guarigione.
- 24.10 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 lavorativa residua, anche se ciò esige un cambio della professione. Helsana può chiedere alla persona assicurata di cambiare professione e corrispondere un'indennità giornaliera di transizione.
- 24.11 La richiesta di cambiare posto di lavoro nell'attività abituale presso un altro datore di lavoro non costituisce un cambio di professione e può dare diritto a un'indennità giornaliera di transizione.

25. Violazione degli obblighi e dell'obbligo di ridurre il danno

- 25.1 Se la persona assicurata non adempie gli obblighi e previsti dalla legge o stabiliti nel contratto e l'obbligo di ridurre il danno ai sensi del precedente punto 24 o se non rispetta il termine fissato nella lettera di sollecito, le prestazioni assicurative vengono ridotte, in via temporanea o permanente, oppure rifiutate. I giorni con diritto a prestazioni ridotto o nullo sono dedotti dalla durata delle prestazioni.
- 25.2 Le conseguenze di cui al punto 25.1 subentrano inoltre se una persona assicurata si sottrae o si oppone a una visita prescritta da Helsana, a un trattamento ragionevole o a un reinserimento nella vita professionale che prometta un notevole miglioramento della capacità lavorativa oppure non contribuisce di propria iniziativa in misura ragionevole a tale scopo.

- 25.3 La persona assicurata perde il diritto a prestazioni se ritira le eventuali iscrizioni effettuate presso le altre assicurazioni interessate o se rinuncia alle loro prestazioni.
- 25.4 Se una persona assicurata non si presenta senza una valida giustificazione a una visita prescritta da Helsana, questa può addebitarle direttamente le relative spese oppure compensarle con un eventuale credito maturato per indennità giornaliera.
- 25.5 Tali pregiudizi giuridici non producono effetti se la persona assicurata rende plausibile di non avere colpa o che l'inadempienza non ha avuto alcuna influenza sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità delle prestazioni dovute da Helsana.

26. Calcolo e pagamento dell'indennità giornaliera

Calcolo

- 26.1 Quale base per il calcolo delle indennità giornaliera vale l'ultimo salario percepito prima dell'inizio del caso di prestazione o prima della ricaduta ai sensi del punto 18.3.

In presenza di reddito irregolare si tiene conto della media rilevata dall'inizio dell'impiego, tuttavia al massimo degli ultimi 12 mesi.

Adeguamenti salariali in seguito alla modifica del grado d'occupazione o aumenti salariali generali sono presi in considerazione soltanto se convenuti per iscritto prima dell'inizio del caso di prestazione o prima della ricaduta ai sensi del punto 18.3.

Si tiene conto degli aumenti salariali obbligatori previsti dalle disposizioni del contratto collettivo di lavoro (CCL).

- 26.2 L'ammontare dell'indennità giornaliera si calcola convertendo il salario assicurato di un anno intero e dividendo la somma salariale annua assicurata per 365.

Pagamento

- 26.3 La prestazione assicurativa viene pagata al più tardi entro quattro settimane dal momento in cui Helsana ha ricevuto i documenti necessari alla determinazione del suo obbligo di prestazione. In caso di incapacità al lavoro di lunga durata e su richiesta, Helsana paga l'indennità giornaliera accumulata in importi parziali, tuttavia al massimo una volta al mese.
- 26.4 Se non viene convenuto altrimenti, le prestazioni vengono pagate al contraente. Resta salvo il diritto proprio di credito della persona assicurata ai sensi della LCA.

Imposta alla fonte

- 26.5 Le prestazioni soggette all'imposta alla fonte vengono versate integralmente al contraente, il quale ha l'onere di effettuare un conteggio conforme alla legge e versare l'imposta alla fonte.

- 26.6 Se la prestazione viene pagata direttamente alla persona assicurata, le prestazioni soggette all'imposta alla fonte sono versate decurtate di quest'ultima. Il versamento dell'imposta alla fonte all'autorità fiscale è a cura di Helsana.

27. Prestazioni durante la maternità

L'obbligo di prestazione per malattia e infortunio è sospeso per otto settimane dopo il parto. Se la persona assicurata non intende lavorare fino alla 16ª 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 punto 28.

28. Indennità di parto e congedo di paternità

Indennità di parto

- 28.1 Se è stata convenuta un'indennità di parto, le prestazioni di Helsana sono indicate nella polizza.
- 28.2 Il diritto a prestazioni decorre dal 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, si applicano i presupposti del diritto secondo la LIPG. Per quanto riguarda il sovrindennizzo, si applica il punto 29.1. Fanno eccezione le prestazioni di maternità supplementari cantonali che non sono soggette a questa disposizione di sovrindennizzo.

Il pagamento dell'indennità di parto viene prolungato se la durata di fruizione delle prestazioni di maternità ai sensi della legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG) viene prolungata immediatamente dopo la nascita in caso di degenza ospedaliera del neonato. La durata del prolungamento corrisponde alla durata dei pagamenti secondo la LIPG; tuttavia, è possibile percepire al massimo 22 settimane di indennità di parto.

- 28.3 La premessa per la prestazione è che al momento del parto la persona assicurata abbia avuto la copertura dell'indennità di parto per almeno 270 giorni consecutivi presso Helsana o un assicuratore precedente.

Congedo di paternità

- 28.4 Se è stata convenuta un'indennità di parto, possono essere incluse anche prestazioni nell'ambito del congedo di paternità. In tal caso, le prestazioni sono indicate nella polizza.

29. Prestazioni di terzi

- 29.1 Sono considerate prestazioni di terzi, tra l'altro, le prestazioni di assicurazioni sociali e private svizzere o estere, incluse le assicurazioni d'indennità giornaliera secondo la LAMal, di istituti di previdenza di qualunque tipo (obbligatori o sovraobbligatori) e di terzi responsabili.

Il concorso con le prestazioni di terzi non deve determinare un sovrindennizzo. Il limite di sovrindennizzo è pari all'ammontare delle prestazioni assicurate di cui al punto 8.

Di conseguenza, l'obbligo di prestazione di Helsana si limita alla differenza tra le prestazioni di terzi e il suddetto limite di sovrindennizzo.

Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono versate a complemento delle prestazioni di terzi.

Se anche altri assicuratori di danno corrispondono le prestazioni solo in via sussidiaria, Helsana eroga le proprie prestazioni in proporzione.

- 29.2 Helsana richiede il rimborso delle prestazioni che corrisponde in riferimento alle 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 richiesta di rimborso corrisponde all'ammontare del sovrindennizzo ai sensi del punto 29.1.
- 29.3 I giorni con prestazioni ridotte sono dedotti dalla durata delle prestazioni quali giorni interi. Quando le prestazioni di terzi siano pari o superiori all'indennità giornaliera, questi giorni non vengono dedotti dalla durata delle prestazioni.

30. Costituzione in pegno e cessione di prestazioni, diritto di regresso

- 30.1 Senza l'approvazione di Helsana, le prestazioni non possono essere legalmente costituite in pegno né cedute a terzi.
- 30.2 L'obbligo di prestazione di Helsana decade se il contraente o la persona assicurata, senza il previo consenso di Helsana, stipula con terzi tenuti a prestazione una transazione valida, la quale preveda la rinuncia alle prestazioni assicurative o di risarcimento danni.

Premi

31. Basi del calcolo dei premi

- 31.1 Fatti salvi altri accordi contrattuali, per il calcolo dei premi è determinante il reddito soggetto all'AVS percepito nell'azienda assicurata, tenendo conto del salario annuo massimo assicurato per persona, con l'esclusione di indennizzi di cui al punto 8.3.

I salari o le quote di salario sui quali, a causa dell'età delle persone assicurate, non vengono prelevati i contributi AVS sono a loro volta considerati reddito soggetto ai premi se le persone interessate sono co-assicurate.

- 31.2 Per il calcolo dei premi dei lavoratori autonomi e dei rispettivi familiari, purché non soggetti all'AVS, vale la somma assicurata convenuta nella polizza.

32. Pagamento dei premi

- 32.1 I premi devono essere pagati anticipatamente dal contraente per l'intero periodo di assicurazione. Per il pagamento rateale Helsana può applicare un supplemento.
- 32.2 Ai fini del calcolo dei premi per i dipendenti, il premio anticipato risulta dai salari prevedibili e viene conteggiato all'inizio dell'anno successivo, in base alle somme salariali definitive.
- 32.3 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 e i rispettivi familiari che non sono soggetti all'AVS.

33. Dichiarazione della somma salariale

- 33.1 Alla fine di ogni anno Helsana sollecita il contraente a dichiarare le somme salariali definitive. A tal fine Helsana trasmette al contraente la richiesta di dichiarazione della somma salariale, la quale deve essere compilata in modo completo e veritiero e presentata entro il 31 gennaio di ogni anno. Helsana effettua quindi il conteggio definitivo dei premi per l'anno precedente.
- 33.2 Se il contraente non adempie l'obbligo di dichiarazione, i premi vengono definiti tramite stima. Se questo porta alla fatturazione di premi inferiori al dovuto, il contraente è tenuto a pagare, oltre alla differenza, un interesse di mora del 5%.
- 33.3 Helsana o terzi da questa incaricati hanno il diritto di consultare la contabilità salariale del contraente o di richiedere copie dei suoi conteggi AVS.

34. Ritardo nei pagamenti

Se il contraente non ottempera al suo obbligo di pagamento, viene avvisato per iscritto in merito alle conseguenze di mora ed esortato a saldare l'importo entro 14 giorni dall'invio del sollecito.

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

35. Rimborso del premio

- 35.1 Se il premio è stato pagato in anticipo per una determinata durata d'assicurazione e il contratto si estingue, per motivi legali o contrattuali prima della fine di tale durata, Helsana rimborsa il premio relativo all'anno di assicurazione non trascorso.
- 35.2 Un anno di assicurazione decorre dalla scadenza principale indicata nella polizza e dura un anno.

36. Compensazione di prestazioni e obbligo di rimborso

- 36.1 Il contraente e le persone assicurate non hanno il diritto nei confronti di Helsana di compensare premi in sospeso con diritti a prestazioni.
- 36.2 Le prestazioni percepite ingiustamente dal contraente o dalla persona assicurata devono essere rimborsate a Helsana.

37. Assicurazione con partecipazione alle eccedenze

- 37.1 Se l'assicurazione è stipulata con partecipazione alle eccedenze, il contraente riceve sempre, ogni tre anni di assicurazione completi, una quota dell'eccedenza del suo contratto convenuta contrattualmente.
- 37.2 L'eccedenza è calcolata sulla base della quota dei premi determinante per i premi definitivi pagati nel periodo di conteggio interessato, al netto delle prestazioni relative a tale periodo.
- 37.3 Un'eventuale perdita non viene riportata al periodo di conteggio successivo.
- 37.4 Se, a conteggio avvenuto, vengono notificati casi di prestazioni o effettuati altri pagamenti che riguardano il periodo di conteggio chiuso, Helsana può effettuare un nuovo conteggio della partecipazione alle eccedenze e chiedere il rimborso delle relative quote pagate in eccesso.
- 37.5 Il diritto alla partecipazione alle eccedenze si estingue con l'annullamento del contratto se lo stesso ha luogo prima della fine di un periodo di conteggio.

38. Modifica della tariffa dei premi

In caso di modifiche della tariffa dei premi, all'interno di un tipo di tariffazione Helsana può adeguare i contratti alla mutata situazione dei premi alla fine del contratto o, se nel corso della durata contrattuale, alla fine di un anno. Helsana comunica per iscritto la modifica al contraente entro 60 giorni prima della fine dell'anno. Se la modifica della tariffa dei premi comporta un aumento del tasso di premio, il contraente che non è d'accordo può disdire il contratto per la fine dell'anno di assicurazione. La modifica si considera accettata qualora Helsana non riceva una disdetta scritta entro l'ultimo giorno dell'anno di assicurazione. Una riduzione del tasso di premio non determina un diritto straordinario di disdetta.

39. Modifica del tasso di premio e del tipo di tariffazione

- 39.1 Per le sue assicurazioni Helsana applica due diversi tipi di tariffazione. Il tipo di tariffazione applicata al contratto è indicato nella polizza.
- Nella tariffazione fissa la tariffa viene applicata senza tener conto dell'andamento individuale dei sinistri. I premi possono essere adeguati alla fine del contratto o alla fine dell'anno nel corso della durata contrattuale, in seguito a modifiche della tariffa dei premi.
- Nella tariffazione empirica la tariffa viene applicata tenendo conto dell'andamento individuale dei sinistri. Il periodo di osservazione comprende gli ultimi tre anni di assicurazione completi e quello in corso. I criteri di rischio specifici per la clientela, come la tendenza dei sinistri, i sinistri in corso e una previsione sfavorevole dei sinistri, possono portare ad adeguamenti del calcolo individuali per singola o singolo cliente. I premi possono essere adeguati in seguito all'andamento delle prestazioni alla fine del contratto o in caso di modifiche della tariffa dei premi.
- 39.2 Per i lavoratori autonomi e i rispettivi familiari, purché non soggetti all'AVS, i tassi di premio possono essere adeguati in qualsiasi momento, con effetto dalla fine dell'anno di assicurazione, in base alle tariffe valide per l'età attuale delle persone assicurate.
- 39.3 Helsana comunica al contraente i nuovi tassi di premio o la modifica del tipo di tariffazione al più tardi 60 giorni prima della scadenza del periodo di assicurazione (scadenza principale del premio). Se, in caso di un aumento dei premi o di modifica del tipo di tariffazione, il contraente non è d'accordo, può disdire il contratto con effetto dalla fine dell'anno di assicurazione in corso. La disdetta deve pervenire per iscritto a Helsana al più tardi l'ultimo giorno dell'anno di assicurazione. Se il contraente non invia la disdetta, si deduce che sia d'accordo a mantenere il contratto esistente con il nuovo tasso di premio o con il nuovo tipo di tariffazione.

Disposizioni finali

40. Comunicazioni e obbligo d'informare

- 40.1 Al contraente: tutte le comunicazioni al contraente o all'indirizzo di recapito da lui nominato vengono indirizzate all'ultimo recapito in Svizzera noto a Helsana.
- 40.2 Alla persona assicurata: 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. Helsana mette a disposizione del contraente la documentazione necessaria a tal fine.
- 40.3 A Helsana: tutte le comunicazioni a Helsana 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.
- 40.4 Helsana deve essere immediatamente informata per iscritto qualora il contraente cambi il suo domicilio aziendale, il suo indirizzo di recapito o il genere di azienda nonché al variare dei rapporti di proprietà dell'azienda o all'acquisizione di altre aziende o parti di aziende.

41. Clausola broker

Se il contraente è rappresentato da un broker, quest'ultimo, in deroga al punto 40, è autorizzato a sbrigare le pratiche commerciali con Helsana, a condizione che il mandato di brokeraggio preveda quanto segue: la procura per sbrigare le pratiche commerciali con Helsana, in particolare per ricevere da Helsana richieste, notifiche, dichiarazioni o dichiarazioni di volontà e trasmetterle a Helsana per conto del contraente. Le dichiarazioni ricevute dal broker si considerano come pervenute al contraente. È esclusa la rappresentanza per i pagamenti.

42. Clausola errori e omissioni

- 42.1 La mancata trasmissione di una notifica, la trasmissione di una risposta incorretta o l'inadempimento di un'obbligazione qualsiasi da parte del contraente non implicano l'esonero di Helsana dall'obbligo di prestazione se il contraente dimostra che l'omissione è dovuta solo a un errore e, una volta rilevato, provvede immediatamente alla correzione.
- 42.2 Se si tratta della notifica di una circostanza in base alla quale va corrisposto un supplemento di premio, quest'ultimo deve essere pagato con effetto retroattivo dal momento in cui si è verificata la circostanza, tuttavia al massimo dall'inizio del contratto.

43. Protezione dei dati

- 43.1 La dichiarazione sulla protezione dei dati di Helsana Assicurazioni integrative SA è consultabile all'indirizzo **helsana.ch/protezione-dei-dati** oppure può essere richiesta al Servizio clienti.
- 43.2 Helsana tratta i dati in particolare per valutare il rischio da assicurare, per calcolare o predisporre le offerte, per emettere polizze, durante il processo di dichiarazione del salario, in caso di mutazioni del conto o dell'indirizzo e per offrire singoli prodotti e servizi propri e delle aziende partner (specificati nominativamente sul sito web di Helsana).
- 43.3 Ove affidi il trattamento dei dati a un responsabile del trattamento, Helsana farà in modo che questi tratti i dati solo nelle modalità in cui Helsana stessa ha il diritto di farlo.
- 43.4 Nella misura necessaria e in conformità con le norme applicabili sulla protezione dei dati, Helsana può trasmettere i dati a terzi coinvolti nell'esecuzione del contratto nonché, ai fini del cambio di assicuratore sulla base dell'accordo di libero passaggio dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia, comunicare i dati di un'assicurazione richiedente che abbia aderito all'accordo.

44. Foro competente

Per le azioni legali derivanti dal contratto d'assicurazione sono competenti i tribunali svizzeri del domicilio o della sede del contraente, della persona assicurata o dell'avente diritto.