

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera secondo la LCA Helsana Business Salary

Informazioni ai clienti e condizioni generali d'assicurazione (CGA)
Edizione maggio 2021

Sulla base della LCA (Legge federale sul contratto d'assicurazione)

Edizione maggio 2021

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera secondo la LCA Helsana Business Salary

Informazioni ai clienti e condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Indice

I	Informazioni ai clienti sulle condizioni generali d'assicurazione (CGA)	20	Soggiorno all'estero
		21	Congedo non retribuito
II	Condizioni generali d'assicurazione (CGA)	22	Limitazioni delle prestazioni assicurative
		23	Obbligazioni e obbligo di ridurre il danno in caso di prestazione
	Elementi fondamentali	24	Violazione delle obbligazioni e dell'obbligo di ridurre il danno
1	Oggetto dell'assicurazione	25	Calcolo e pagamento dell'indennità giornaliera
2	Basi del contratto	26	Prestazioni durante la maternità
3	Tipo di assicurazione	27	Indennità di parto e congedo di paternità
4	Definizioni	28	Guadagno assicurativo
	Inizio e fine del contratto collettivo	29	Prestazioni di terzi
5	Inizio, durata e fine del contratto collettivo	30	Costituzione in pegno, cessione di prestazioni e diritto di regresso
6	Disdetta del contratto collettivo		
	Entità della copertura	Premi	
7	Persone assicurate	31	Basi del calcolo dei premi
8	Reddito lavorativo assicurato	32	Pagamento dei premi
9	Godimento ulteriore del salario	33	Dichiarazione somma salariale
10	Validità territoriale	34	Mora nel pagamento
	Inizio e fine della copertura assicurativa	35	Rimborso del premio
11	Inizio della copertura assicurativa	36	Compensazione di prestazioni e obbligo di rimborso
12	Fine della copertura assicurativa	37	Assicurazione con partecipazione alle eccedenze
13	Proseguimento della prestazione	38	Modifica della tariffa dei premi
14	Trasferimento all'assicurazione d'indennità giornaliera individuale	39	Modifica di tariffa dei premi e tipo di tariffazione
	Prestazioni	Disposizioni finali	
15	Condizioni per le prestazioni	40	Comunicazioni e obbligo d'informare
16	Notifica in caso di prestazione	41	Protezione dei dati
17	Inizio delle prestazioni e periodo d'attesa	42	Foro competente
18	Durata delle prestazioni e ricaduta		
19	Interruzione della prestazione		

I Informazioni ai clienti sulle condizioni generali d'assicurazione (CGA)

La sua assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in sintesi

Le presenti informazioni ai clienti illustrano gli aspetti più importanti della sua assicurazione collettiva d'indennità giornaliera secondo la LCA con il suo partner contrattuale Helsana Assicurazioni integrative SA, di seguito «Helsana». Le presenti informazioni ai clienti hanno il solo scopo di migliorare la comprensione, mentre determinanti e giuridicamente vincolanti sono le basi del contratto illustrate al punto 2 delle seguenti condizioni generali d'assicurazione (CGA).

Che cosa include la sua copertura assicurativa?

Persone assicurate

Come datore di lavoro, assicura i suoi lavoratori assoggettati all'AVS contro la perdita di guadagno causata da un'incapacità al lavoro per malattia. Le persone o i gruppi di persone da lei assicurati sono indicati nella sua polizza.

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

Prestazioni assicurate

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 lavoratore, Helsana le fornirà un sostegno finanziario per aiutarla a rispettare l'obbligo legale di godimento ulteriore del salario (ai sensi dell'art. 338 cpv. 2 CO).

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

I lavoratori autonomi e i familiari che collaborano con loro e non sono assoggettati all'AVS possono coassicurare il rischio d'infortunio.

L'entità delle sue 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 secondo la polizza. Un eventuale bonus, una quota o una remunerazione variabile (ad es. provvigioni, assegni) sono coassicurati se soggetti all'AVS.

I lavoratori autonomi e i loro familiari non assoggettati all'AVS concordano una somma assicurata.

Che cosa deve sapere su durata del contratto e prestazioni?

Inizio della copertura assicurativa

Per le singole persone assicurate la copertura assicurativa opera dal giorno di inizio del rapporto di lavoro, tuttavia non prima della data di inizio del contratto riportata nella polizza.

Durata contrattuale

Di norma il contratto ha una durata di 3 anni. Alla scadenza dei tre anni si rinnova automaticamente di anno in anno, a meno che una delle parti contraenti non l'abbia disdetto almeno 3 mesi prima del termine di scadenza.

Fine della copertura assicurativa

La protezione 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 raggiungimento dell'età AVS ordinaria o, in caso di continuazione ininterrotta del rapporto di lavoro, al compimento del 70° anno d'età;
- con il trasferimento del domicilio all'estero. Sono escluse da tale limitazione le persone assicurate che continuano a essere soggette all'assicurazione obbligatoria svizzera delle cure medico-sanitarie.

Durata delle prestazioni

La durata delle prestazioni è indicata nella polizza e ammonta ad un massimo di 730 giorni. I periodi di attesa vengono dedotti dalla durata delle prestazioni, salvo diversa pattuizione nella polizza. Al raggiungimento dell'età AVS si applica una durata ridotta delle prestazioni per un totale di 180 giorni.

Cosa occorre considerare e quali obblighi comporta il contratto?

I suoi obblighi in veste di datore di lavoro

Come datore di lavoro ha l'obbligo legale di informare i suoi dipendenti sui contenuti fondamentali del contratto, sulle sue modifiche e sul suo scioglimento, in particolare illustrando i loro doveri in caso di prestazione.

Come datore di lavoro ha l'obbligo legale di comunicare ai suoi dipendenti il diritto di passaggio all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera e il relativo termine. Il diritto di passaggio stabilisce che, alla risoluzione di un rapporto di lavoro o allo scioglimento del contratto collettivo, le persone assicurate possano passare entro 3 mesi dopo la cessazione della protezione dell'assicurazione collettiva nell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo la LCA di Helsana. In tal caso non è previsto un esame dello stato di salute. I casi in cui il passaggio non è consentito sono indicati al punto 14.6 delle seguenti CGA.

Le prestazioni d'indennità giornaliera versate da Helsana per un caso di prestazione sono a disposizione dei dipendenti inabili al lavoro e devono essere loro inoltrate. Se le indennità giornaliere sono soggette all'imposta alla fonte, il datore di lavoro ha l'onere del loro conteggio e pagamento in conformità alla legge.

Se una persona assicurata rivendica il suo diritto di credito diretto in caso di prestazione o se nel frattempo lascia la cerchia delle persone assicurate, le prestazioni d'indennità giornaliera le vengono versate direttamente. In questo caso l'obbligo di fornire l'imposta alla fonte spetta a Helsana.

I premi devono essere versati puntualmente, per contribuire al contenimento di pratiche e costi e garantire la continuità della copertura assicurativa. Per la stessa ragione è opportuno inviare la dichiarazione completa e veritiera della somma salariale entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta.

La preghiamo di comunicarci immediatamente qualsiasi cambiamento di domicilio, indirizzo di recapito, tipo di attività, variazione dei rapporti di proprietà dell'azienda o acquisizione di altre attività o parti di attività.

Notifica in caso di prestazione

I casi di malattia devono essere notificati a Helsana entro 30 giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro, presentando il relativo certificato. Il diritto alle prestazioni può ridursi o decadere qualora 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 alle prestazioni è previsto solo se la persona assicurata si sottopone al trattamento medico necessario entro 5 giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro, seguendo le indicazioni del personale medico. Occorre inoltre presentare un certificato medico una volta al mese, se l'incapacità al lavoro si protrae per oltre un mese.

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

La persona assicurata che si rechi all'estero per trattamenti, cure o parto deve comunicarlo a Helsana almeno 5 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.

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.

Protezione dei dati

Le persone assicurate godono della tutela integrale della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e delle direttive sulla protezione dei dati di Helsana.

La dichiarazione sulla protezione dei dati di Helsana Assicurazioni integrative SA è disponibile all'indirizzo www.helsana.ch/protezione-dei-dati oppure può essere richiesta al Servizio clienti.

II Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Elementi fondamentali

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 Assicurazioni integrative SA di Zurigo, in seguito denominata Helsana, 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;
- 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 gli accordi e le convenzioni speciali, purché siano stati confermati da Helsana nella polizza come condizioni particolari d'assicurazione (CPA);
- 2.5 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 è rimborsato, nei limiti della copertura assicurata convenuta, soltanto il danno effettivamente causato e concretamente dimostrabile.
- 3.3 L'assicurazione di somme è l'assicurazione in cui in caso di prestazione è rimborsata la somma assicurata convenuta nella polizza, in dipendenza del grado dell'incapacità lavorativa. La prova del danno effettivamente subito non è richiesta.

4 Definizioni

- 4.1 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.
- 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. In caso d'incapacità al lavoro di durata superiore a 6 mesi (compreso il periodo di transizione) possono essere 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 diritto alla prestazione.
- 4.6 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. È considerato medico estero colui che è titolare di un attestato equipollente che abilita all'esercizio della professione.

Inizio e fine del contratto collettivo

5 Inizio, durata e fine 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 assicurativo successivo, il contratto collettivo si rinnova tacitamente di un ulteriore anno, se non viene disdetto entro i termini.
- 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 al raggiungimento della data di scadenza indicata nella polizza e, in seguito, alla fine di un anno assicurativo. L'anno assicurativo inizia alla scadenza principale indicata nella polizza. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire a Helsana, rispettivamente al contraente, con un anticipo di almeno 3 mesi.
- 6.2 Il contraente ha il diritto di disdire il contratto collettivo ogni volta che Helsana gli versa un indennizzo per un caso di prestazioni. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire a Helsana entro 14 giorni dopo che il cliente è venuto a conoscenza dell'ultimo versamento per un caso di prestazioni. 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 lavoratori dipendenti.

- 7.3 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.

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

Lavoratori autonomi

- 7.4 Per i lavoratori autonomi e i loro familiari, purché questi non siano soggetti all'AVS, l'ammissione nell'assicurazione deve essere richiesta individualmente mediante dichiarazione sullo stato di salute. Per quanto attiene il raggiungimento dell'età AVS ordinaria si applicano le medesime disposizioni del 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 all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in forza dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone stipulato con l'Unione europea (UE) o della Convenzione AELS.

8 Reddito lavorativo assicurato

Dipendenti

- 8.1 Per i dipendenti è assicurato il salario AVS effettivo fino al concorrere di un limite massimo (salario annuo massimo assicurato per persona) secondo la polizza. L'assicurazione copre la percentuale del salario assicurato indicata in 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 Le indennità soggette all'AVS, concordate e versate in occasione della cessazione del rapporto di lavoro, sono escluse dal reddito lavorativo assicurato.

Lavoratori autonomi

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

Nel caso di un'assicurazione di somme di cui al punto 3.3, sussiste il diritto alla somma assicurata convenuta nella polizza, in base al grado di incapacità al lavoro. Se convenuto per contratto, le eventuali prestazioni di terzi sono computate secondo il punto 29.

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 a seguito di malattia. L'importo dell'indennità corrisponde al salario AVS secondo il contratto di lavoro, e comunque tutt'al più al salario massimo assicurato per persona e anno, in base alla polizza. Se nel contratto di lavoro sono state concordate prestazioni diverse da quelle previste dall'art. 338 cpv. 2 CO per il lavoratore, 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 i 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 al punto 7.2 e 7.3.

Inizio e fine della copertura assicurativa

11 Inizio della copertura assicurativa

Dipendenti

- 11.1 Per le singole persone assicurate la copertura assicurativa decorre dal giorno di inizio del rapporto di lavoro, tuttavia non prima della data di inizio del contratto riportata 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 parziale convenuta, il giorno in cui inizia la copertura assicurativa.

Per il peggioramento temporaneo o permanente dell'infermità che ha provocato l'invalidità parziale, le prestazioni sono versate fino alla decisione che riguarda l'esame per la rendita dell'assicurazione per l'invalidità, e comunque al massimo per 180 giorni per caso di prestazione.

Lavoratori autonomi

- 11.4 Per i lavoratori autonomi e i loro familiari, purché questi non siano soggetti all'AVS, la copertura assicurativa ha inizio alla data riportata nella polizza.

12 Fine della copertura assicurativa

- 12.1 La copertura assicurativa termina per tutte le persone assicurate con lo scioglimento del contratto collettivo.
- 12.2 Per ogni persona assicurata la copertura assicurativa si estingue
- a) con l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate;
 - b) 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 punti 7.3 e 7.4;
 - c) con il decesso della persona assicurata;
 - d) con il trasferimento del domicilio all'estero.
- Sono esclusi da tale limitazione i dipendenti che continuano a essere soggetti all'assicurazione obbligatoria svizzera delle cure medico-sanitarie.

13 Proseguimento della prestazione

- 13.1 Per le persone assicurate che sono incapaci al lavoro o al guadagno al termine della copertura assicurativa, il diritto a prestazioni resta salvaguardato per il caso di prestazione 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.

Limitazioni della continuazione delle prestazioni

- 13.2 La continuazione delle prestazioni di cui al punto 13.1 non trova applicazione
- a) se il contratto viene continuato da un altro assicuratore, che deve garantire la continuazione dei pagamenti delle indennità giornaliere sulla base di una convenzione di libero passaggio;
 - b) se il contratto di lavoro è stato sciolto durante il periodo di prova;
 - c) se si è trattato di un rapporto di lavoro a tempo determinato;
 - d) in caso di ricaduta di cui al punto 18.3;
 - e) al raggiungimento dell'età 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 AVS;
 - f) al raggiungimento del 70° anno di età.

Per i lavoratori autonomi e i loro familiari, purché questi non siano 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 Trasferimento all'assicurazione d'indennità giornaliera individuale

- 14.1 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 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 inizia un giorno dopo l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate rispettivamente dallo 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 di indennità giornaliera e il termine di 3 mesi. Lo stesso obbligo è previsto in caso di scioglimento del contratto collettivo.
- 14.3 Se la persona assicurata riceve una continuazione della prestazione di cui al punto 13.1, il termine inizia a decorrere al termine dell'obbligo di fornire prestazioni. 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 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 ad 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 viene adeguata al reddito attuale. Si applicano le disposizioni dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo il principio dell'assicurazione di danno.

Limitazioni del diritto di passaggio

- 14.6 Non vi è libero passaggio o diritto di passaggio per le persone assicurate
- che abitano all'estero, a meno che non continuino a essere soggette all'assicurazione obbligatoria svizzera delle cure medico-sanitarie;
 - che sono assunte con un contratto di lavoro a tempo determinato, salvo che la persona in questione sia disoccupata ai sensi dell'art. 10 della Legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI);
 - se il rapporto di lavoro è stato sciolto durante il periodo di prova, salvo che la persona in questione sia disoccupata ai sensi dell'art. 10 della Legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI);
 - che hanno raggiunto l'età AVS o che hanno scelto il pensionamento anticipato;
 - 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;
 - in caso di cambio del posto di lavoro e di passaggio nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di un nuovo datore di lavoro;
 - in caso di frodi nelle giustificazioni di un diritto dell'assicurato (art. 40 LCA) o
 - 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 Condizioni 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 L'indennità giornaliera viene versata, in caso d'incapacità al lavoro dimostrata di almeno il 25%, in proporzione al grado dell'incapacità al lavoro stessa.
- 15.3 Per i dipendenti parzialmente invalidi o che in base al loro danno alla 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 l'attuale attività lavorativa.
- 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

I diritti a prestazioni d'indennità giornaliera vanno fatti 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, il diritto alle prestazioni inizia il giorno della ricezione della notifica. La durata di 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, ma non prima di 5 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.

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 diritto alla prestazione. I giorni d'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, ma al più tardi fino al raggiungimento dell'età AVS ordinaria, la durata complessiva delle prestazioni è di 180 giorni anziché della durata 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 di fruizione delle prestazioni.

Esaurimento della durata delle prestazioni

- 18.4 Dopo l'esaurimento della durata massima di fruizione delle prestazioni per un caso di prestazione, la persona assicurata è privata delle prestazioni per le affezioni di 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 complemento del punto 18.4, nel caso di un'assicurazione di somme di cui al punto 3.3, dopo l'esaurimento della durata massima di fruizione delle prestazioni la somma assicurata convenuta viene ridotta in relazione all'ultimo grado determinante di incapacità lavorativa. 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, al blocco delle prestazioni in seguito al mancato pagamento dei premi o a soggiorno all'estero.

20 Soggiorno all'estero

- 20.1 Se la persona assicurata si reca all'estero a scopo di trattamento, assistenza sanitaria o parto senza preventiva informazione a Helsana, non vengono corrisposte prestazioni. Fanno eccezione i frontalieri in possesso di un permesso per frontalieri G in corso di validità, aventi domicilio in un Paese confinante con la Svizzera.

- 20.2 Per mantenere il diritto alle prestazioni durante un caso di prestazione, la persona assicurata deve informare Helsana per iscritto almeno 5 giorni prima di recarsi all'estero. Deve inoltre presentare un certificato medico 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.

- 20.3 Durante il periodo di inabilità al lavoro è possibile godere regolarmente delle vacanze, se il medico responsabile ha attestato la capacità alla vacanza. 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.

21 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 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, 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. Valgono le obbligazioni e gli obblighi di ridurre il danno di cui al punto 23.

22 Limitazioni delle prestazioni assicurative

- 22.1 In caso di atti temerari, le prestazioni assicurative sono ridotte di almeno la metà o addirittura negate 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.
- 22.2 Non vengono corrisposte prestazioni assicurative:
- per danni alla salute causati dall'azione di radiazioni ionizzanti e dall'energia atomica, eccetto i danni che potrebbero derivare da provvedimenti sanitari;
 - in caso di incapacità al lavoro in seguito a interventi non indicati dal profilo medico (ad es. interventi estetici);
 - per le conseguenze di eventi bellici
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che le persone assicurate 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 delle ostilità belliche;
 - in caso di suicidio, tentato suicidio o autolesionismo in caso di malattia pregressa o infortunio.
- 22.3 Se è assicurato anche il rischio d'infortunio, in aggiunta al punto 22.2 non vengono corrisposte prestazioni assicurative nemmeno in caso di pericoli straordinari e loro conseguenze. Sono considerati tali segnatamente:
- la partecipazione a disordini;
 - il servizio militare all'estero;
 - la partecipazione ad azioni belliche e ad atti di terrorismo, l'esecuzione premeditata di crimini o delitti compiuti o tentati;
 - la partecipazione a risse e baruffe, a meno che le persone assicurate non siano state ferite dai litiganti pur non avendo preso parte alla rissa oppure soccorrendo una persona indifesa;
 - i pericoli cui le persone assicurate si espongono provocando gli altri violentemente, o
 - terremoto in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein.
- 22.4 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.

23 Obbligazioni e obbligo di ridurre il danno in caso di prestazione

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

Obbligazioni

- 23.2 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 è riportato 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 5 giorni.

- 23.3 Al più tardi 5 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.

- 23.4 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.

- 23.5 La persona assicurata deve sollevare i medici che la curano, o che l'hanno curata, dall'obbligo del segreto nei confronti di Helsana.

- 23.6 Per mantenere il diritto alle prestazioni durante un caso di prestazione, la persona assicurata deve garantire in ogni momento la sua reperibilità. Si rende disponibile anche per i provvedimenti e gli esami medici ordinati da Helsana e garantisce la necessaria e ininterrotta assistenza medica specialistica.

- 23.7 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.
- 23.8 Helsana subordina la prestazione alla previa notifica del caso agli altri assicuratori coinvolti, segnatamente 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 giornaliere.

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

- 23.9 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.
- 23.10 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. La richiesta di cambiare posto di lavoro nell'attività abituale presso un altro datore di lavoro non costituisce un cambio di professione e non dà diritto all'indennità giornaliera di transizione.

24 Violazione delle obbligazioni e dell'obbligo di ridurre il danno

- 24.1 Se la persona assicurata non adempie i propri doveri e obblighi di ridurre il danno, previsti per legge o stabiliti per contratto secondo il precedente punto 23, o se non rispetta il termine fissato nella lettera di sollecito, le prestazioni assicurative vengono ridotte, in maniera temporanea o permanente, oppure rifiutate. I giorni con diritto a prestazioni ridotto o nullo sono dedotti dalla durata delle prestazioni quali giorni interi.
- 24.2 Le conseguenze di cui al punto 24.1 subentrano inoltre se una persona assicurata si sottrae, si oppone oppure non si sottopone spontaneamente a una visita prescritta da Helsana, a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità al lavoro.

- 24.3 La persona assicurata perde il diritto alle prestazioni se ritira le eventuali iscrizioni effettuate presso le altre assicurazioni interessate o se rinuncia alle loro prestazioni.
- 24.4 Se una persona assicurata non si presenta senza una valida giustificazione a un esame ordinato da Helsana, questa può addebitarle direttamente le relative spese oppure compensarle con un diritto maturato all'indennità giornaliera.
- 24.5 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.

25 Calcolo e pagamento dell'indennità giornaliera

Calcolo

- 25.1 L'indennità giornaliera è calcolata in base all'ultimo salario percepito prima dell'inizio del caso di prestazione o prima della ricaduta secondo il punto 18.3.

In presenza di reddito irregolare si tiene conto della media rilevata dall'inizio dell'impiego e comunque 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 sono stati convenuti per iscritto prima dell'inizio del caso di prestazione o prima della ricaduta secondo il punto 18.3.

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

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

Pagamento

- 25.3 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 le indennità giornaliere accumulate in importi parziali, comunque con una frequenza massima di una volta al mese.
- 25.4 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.

Imposta alla fonte

- 25.5 Le prestazioni soggette all'imposta alla fonte sono versate al contraente integralmente, il quale ha l'onere di effettuare un conteggio conforme alla legge e fornire l'imposta alla fonte.
- 25.6 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.

26 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 27.

27 Indennità di parto e congedo di paternità

Indennità di parto

- 27.1 Se è stata convenuta un'indennità di parto, la prestazione di Helsana è indicata nella polizza. I lavoratori autonomi e i loro familiari che non sono soggetti all'AVS non possono assicurare l'indennità di parto.
- 27.2 Il diritto a prestazioni inizia 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 si applicano i presupposti del diritto secondo la LIPG. Per quanto riguarda il sovraindennizzo, fa fede il punto 29.1.
- 27.3 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 paternità

- 27.4 Se è stata convenuta un'indennità di parto, possono essere incluse anche prestazioni nell'ambito del congedo di paternità. Se concordate, sono indicate nella polizza.

28 Guadagno assicurativo

- 28.1 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.
- 28.2 Il diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera esiste soltanto nella misura in cui per la persona assicurata non ne risulti alcun guadagno assicurativo. Helsana riduce le prestazioni che determinano un guadagno assicurativo della persona assicurata al limite massimo di cui al punto 28.1. I giorni con prestazioni ridotte sono dedotti dalla durata delle prestazioni quali giorni interi.

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 sovraindennizzo. Il limite di sovraindennizzo 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 limite di sovraindennizzo suindicato.

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

Se anche gli altri assicuratori di danno corrispondono le prestazioni solo in via sussidiaria, Helsana versa le sue 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 sovraindennizzo secondo il punto 29.1.
- 29.3 I giorni con prestazioni ridotte sono dedotti dalla durata delle prestazioni quali giorni interi.

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

- 30.1 Senza l'approvazione di Helsana, le prestazioni assicurative 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 guadagno soggetto all'AVS conseguito nell'azienda assicurata, tenendo conto del salario massimo assicurato per persona e anno, con l'esclusione di indennizzi di cui al punto 8.2.
- 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.
- 31.2 Per il calcolo dei premi dei lavoratori autonomi e dei loro familiari, purché questi non siano soggetti all'AVS, vale la somma assicurata convenuta nella polizza.

32 Pagamento dei premi

- 32.1 I premi assicurativi devono essere pagati anticipatamente dal contraente per l'intero periodo assicurativo. Per il pagamento rateale Helsana può applicare un supplemento.
- 32.2 Ai fini del calcolo del premio 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 loro familiari che non sono soggetti all'AVS.

33 Dichiarazione 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 ogni parte con dati veritieri e presentata entro 30 giorni. 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 essa incaricati hanno il diritto di consultare la contabilità salariale del contraente o di richiedere copie dei suoi conteggi AVS.

34 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 Helsana non procede per via legale all'incasso dei premi in arretrato, compresi i costi accessori, entro 2 mesi dalla scadenza del termine di sollecitazione, 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 previsti dalle norme contrattuali, prima della fine di tale durata, Helsana rimborsa il premio relativo all'anno assicurativo non trascorso.
- 35.2 Un anno assicurativo inizia con la scadenza principale secondo la 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, dopo tre anni assicurativi compiuti, una quota dell'eccedenza del suo contratto, convenuta secondo le norme contrattuali.
- 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 dovute nel periodo di conteggio.
- 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 per la fine del contratto o, se nel corso della durata contrattuale, per la fine di un anno. Helsana comunica per iscritto la modifica al contraente entro 60 giorni prima della fine dell'anno. Se la modifica comporta un aumento della tariffa dei premi, il contraente che non è d'accordo può disdire il contratto per la fine dell'anno assicurativo. La modifica si considera accettata qualora Helsana non riceva una disdetta scritta entro l'ultimo giorno di assicurazione. Una riduzione della tariffa dei premi non determina un diritto straordinario di disdetta.

39 Modifica di tariffa dei premi e 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 interi e quello in corso. I criteri di rischio specifici per il cliente, come la tendenza dei sinistri, i sinistri in corso e una previsione sfavorevole dei sinistri, possono portare ad adeguamenti del calcolo individuali per il 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 loro familiari, purché questi non siano soggetti all'AVS, i tassi di premio possono essere adeguati in qualunque momento per la fine dell'anno di assicurazione, in base alle tariffe valide per l'età attuale delle persone assicurate.
- 39.3 Helsana comunica al contraente le nuove tariffe dei premi o la modifica del tipo di tariffazione entro 60 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo (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 per la fine dell'anno assicurativo in corso. La disdetta deve pervenire per iscritto a Helsana 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 la nuova tariffa 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 Protezione dei dati

- 41.1 La dichiarazione sulla protezione dei dati di Helsana Assicurazioni integrative SA è disponibile all'indirizzo www.helsana.ch/protezione-dei-dati oppure può essere richiesta al Servizio clienti.
- 41.2 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).
- 41.3 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.
- 41.4 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.

42 Foro competente

Per le vertenze giuridiche derivanti dal contratto d'assicurazione è competente il tribunale della località svizzera dove ha sede il contraente oppure dove ha domicilio la persona assicurata o l'avente diritto.