

Edizione 1° gennaio 2007

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

Indice

Basi	21 Maternità
1 Oggetto dell'assicurazione	22 Calcolo dell'indennità giornaliera
2 Basi del contratto	23 Guadagno assicurativo
3 Definizioni	24 Sovraindennizzo
	25 Pagamento
Gruppi di persone assicurati	26 Dimoranti temporanei
4 Aziende assicurate	27 Divieto di cessione e di costituzione in pegno
5 Persone assicurate	28 Limitazioni della copertura assicurativa
6 Reddito da lavoro assicurabile	
7 Validità territoriale	
	Premi
Inizio e fine dell'assicurazione	29 Basi del calcolo dei premi
8 Inizio dell'assicurazione	30 Pagamento dei premi
9 Riserve	31 Dichiarazione delle somme salariali
10 Fine della copertura assicurativa	32 Rimborso del premio
11 Disdetta	33 Mora nel pagamento
12 Passaggio all'assicurazione individuale	34 Assicurazione con partecipazione alle eccedenze
	35 Compensazione di prestazioni e obbligo di rimborso
Prestazioni	36 Modifica della tariffa dei premi
13 Premesse delle prestazioni	37 Modifica del tasso di premio
14 Notifica e obblighi in caso di sinistro	
15 Violazione degli obblighi	Disposizioni finali
16 Inizio delle prestazioni	38 Obbligo del segreto
17 Periodo di attesa	39 Contenzioso
18 Durata delle prestazioni	40 Comunicazioni
19 Sospensione delle prestazioni	41 Entrata in vigore
20 Divieto di rinuncia	

Basi	2.3 le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA);
1 Oggetto dell'assicurazione	2.4 le eventuali Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA);
L'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di Helsana Assicurazioni SA, in seguito denominata l'assicuratore, accorda la copertura assicurativa contro le conseguenze economiche dell'incapacità al lavoro a seguito di malattia, di maternità e, se convenuto per contratto, di infortuni.	2.5 gli accordi e le convenzioni speciali, purché siano stati confermati dall'assicuratore nella polizza come Condizioni particolari d'assicurazione (CPA).
2 Basi del contratto	3 Definizioni
Nella misura in cui non siano applicabili le disposizioni obbligatorie della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e del rimanente diritto federale in materia, valgono le seguenti basi contrattuali:	3.1 È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.
2.1 la polizza e le eventuali aggiunte;	3.2 È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili all'infortunio indicate nell'Ordinanza sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (OAINF) sono parificate agli infortuni.
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;	



- 3.3 La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.
- 3.4 È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.
- 3.5 È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.
- 3.6 È considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.
- 3.7 Sono considerati medici riconosciuti tutti quelli che in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein sono autorizzati ad esercitare la professione di medico, dentista o chiropratico in base ad un diploma federale o estero corrispondente; all'estero i titolari di attestati di abilitazione corrispondenti.

Gruppi di persone assicurati

4 Aziende assicurate

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

5 Persone assicurate

- 5.1 Sono assicurate le persone o i gruppi di persone riportati nel contratto.
- 5.2 I dipendenti sono assicurati
- se tra loro e l'azienda assicurata sussiste un rapporto di lavoro,
 - se sono soggetti all'AVS svizzera o se, avendo raggiunto tale età, vi fossero soggetti e
 - se non hanno ancora compiuto il 65° anno d'età.
- 5.3 I lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché non figurino nella contabilità salariale, sono assicurati soltanto se sono indicati nominativamente nella polizza.
- 5.4 Sono assicurati solamente in base a un accordo contrattuale particolare:
- a) gli ausiliari a breve termine con un contratto di lavoro limitato a 3 mesi;
 - b) i dipendenti occupati a tempo parziale che lavorano per meno di 8 ore la settimana;
 - c) i dipendenti con paga oraria che non lavorano per una durata fissa e definita di almeno 8 ore la settimana;
 - d) i lavoratori a domicilio;
 - e) i lavoratori assunti in Svizzera che, in base all'Accordo di libera circolazione delle persone con l'Unione europea (UE) o alla convenzione AELS, non sono soggetti alle assicurazioni sociali svizzere.
- 5.5 Non sono assicurati:
- a) il personale ceduto in prestito al contraente, o all'azienda assicurata, da aziende terze;
 - b) le persone che lavorano con un rapporto di mandato per l'azienda assicurata.



6 Reddito da lavoro assicurabile

- 6.1 Per i dipendenti è assicurata la percentuale del salario AVS effettivo con le sue componenti indicata nella polizza. Restano salvi eventuali altri accordi contrattuali. Quale base per la determinazione delle indennità giornaliere vale l'ultimo salario percepito prima dell'inizio del caso d'assicurazione. In caso di reddito irregolare, si considera la media dal momento dell'assunzione, al massimo comunque degli ultimi 12 mesi. Nel periodo di fruizione di un'indennità giornaliera non si prendono in considerazione eventuali aumenti di salario, salvo che l'aumento avvenga necessariamente sulla base di disposizioni del contratto collettivo di lavoro (CCL). Il salario annuo massimo assicurabile è indicato nella polizza.
- 6.2 Per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, è assicurato al massimo il reddito da lavoro indicato nella polizza, che deve corrispondere al reddito effettivo conseguito nell'azienda assicurata.
- 6.3 Le persone assicurate hanno il dovere di comunicare all'assicuratore eventuali sovraassicurazioni permanenti prevedibili. In un simile caso l'assicuratore è autorizzato a ridurre l'assicurazione d'indennità giornaliera esistente.

7 Validità territoriale

- 7.1 L'assicurazione vale in tutto il mondo.
- 7.2 Per soggiorni al di fuori del territorio svizzero in Stati non appartenenti all'Unione europea (UE) o all'Associazione europea di libero scambio (AELS), le prestazioni vengono accordate soltanto se una degenza ospedaliera è necessaria dal profilo medico e soltanto finché non sia possibile il rientro in Svizzera.
- 7.3 Le condizioni indicate al par. 7.2 vengono meno per le persone distaccate all'estero
- se soggiornano nel Paese del loro luogo di lavoro al di fuori dell'UE o dell'AELS,
 - se sono soggette alla Legge federale sull'AVS (LAVS) e
 - se dall'inizio del lavoro all'estero sono trascorsi meno di 2 anni (autorizzazioni speciali vengono esaminate caso per caso).

Inizio e fine dell'assicurazione

8 Inizio dell'assicurazione

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



9 Riserve

- 9.1 In caso di una nuova stipulazione o di un aumento della copertura assicurativa per le persone da indicare nominativamente o per le persone indicate, l'accettazione della proposta è fatta dipendere da un esame dello stato di salute. In questo caso, con una riserva l'assicuratore può escludere dall'assicurazione le malattie e le conseguenze d'infortunio esistenti al momento della proposta d'assicurazione oppure subite in precedenza che secondo l'esperienza possono condurre a ricadute. L'art. 70 cpv. 1 e 2, come pure l'art. 71 cpv. 1 LAMal, restano salvi.
- 9.2 Alle domande poste nella dichiarazione sullo stato di salute si deve rispondere in maniera completa e veritiera. Se la persona assicurata rilascia indicazioni inveritiere o incomplete in merito a malattie e a conseguenze di un infortunio, può essere applicata una riserva retroattiva.
- 9.3 Per le riserve da applicare in base alla dichiarazione sullo stato di salute, valgono le disposizioni dell'art. 69 cpv. 1 LAMal.

10 Fine della copertura assicurativa

- 10.1 La copertura assicurativa si estingue per tutte le persone assicurate con lo scioglimento del contratto collettivo.
- 10.2 Il contratto collettivo d'assicurazione cessa:
- in caso di disdetta;
 - in caso di fallimento del contraente;
 - in caso di trasferimento all'estero della sede dell'azienda;
 - in caso di cessazione dell'attività aziendale;
 - al momento del passaggio di proprietà.
- 10.3 Per i singoli assicurati la copertura assicurativa si estingue:
- con l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate o con la cessazione del rapporto di lavoro con il contraente;
 - con il raggiungimento o con il compimento dei 65 anni d'età;
 - non appena la continuazione della copertura assicurativa è garantita da un altro assicuratore in base ad un accordo di libero passaggio;
 - con il decesso della persona assicurata.

10.4 Per le persone assicurate che sono incapaci al lavoro o al guadagno al termine dell'assicurazione, il diritto a prestazioni resta salvaguardato per il caso in corso nell'ambito delle disposizioni contrattuali (continuazione della prestazione). Con il raggiungimento della capacità al lavoro completa si estingue il diritto alla continuazione delle prestazioni.

10.5 La continuazione delle prestazioni secondo il par. 10.4 non trova applicazione se il contratto viene continuato presso un altro assicuratore che, in base ad un accordo di libero passaggio, deve garantire il proseguimento della corresponsione delle indennità giornaliera.

11 Disdetta

Il contratto può essere disdetto dal contraente oppure dall'assicuratore al raggiungimento della data di scadenza indicata nella polizza ed in seguito alla fine di un anno assicurativo. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire all'assicuratore, rispettivamente al contraente, con un anticipo di almeno tre mesi. L'anno assicurativo inizia alla scadenza principale indicata nella polizza.

12 Passaggio all'assicurazione individuale

- 12.1 Le persone che escono dalla cerchia delle persone assicurate hanno il diritto di passare entro tre mesi all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera secondo la LAMal dell'assicuratore, senza nuovo esame dello stato di salute. Lo stesso diritto è previsto anche per i dipendenti se si estingue il contratto collettivo d'assicurazione.
- 12.2 In caso di scioglimento del rapporto di lavoro, il contraente deve comunicare per iscritto alle persone assicurate che escono dalla cerchia delle persone assicurate il loro diritto di passaggio all'assicurazione individuale ed il termine di tre mesi. Lo stesso obbligo è previsto in caso di scioglimento del contratto collettivo.
- 12.3 Il termine inizia a decorrere dall'uscita dall'assicurazione collettiva, al più tardi comunque a partire dalla ricezione della comunicazione scritta relativa al diritto di passaggio. Se la persona assicurata riceve una continuazione della prestazione secondo il par. 10.4, il termine inizia a decorrere al termine dell'obbligo di fornire prestazioni. In questo caso l'obbligo di fornire informazioni spetta all'assicuratore.



- 12.4 Le persone che passano all'assicurazione individuale hanno diritto alla copertura assicurativa per le prestazioni che erano assicurate in precedenza. L'importo dell'indennità giornaliera si limita al reddito lavorativo corrente o alla prestazione dell'assicurazione contro la disoccupazione (AD), senza superare però le prestazioni assicurate in precedenza. Per il nuovo contratto sono determinanti le disposizioni e le tariffe dell'assicurazione individuale. Per i disoccupati di cui all'art. 10 della Legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI) restano salve le disposizioni degli artt. 71 e 73 LAMal.
- 12.5 Se la persona assicurata è inabile al lavoro già al momento della disdetta del contratto di lavoro da parte del datore di lavoro o se subisce una ricaduta dopo la cessazione del rapporto di lavoro, le prestazioni erogate in base alla presente assicurazione vengono continuate mantenendo invariato l'importo.
- 12.6 Le prestazioni percepite in precedenza vengono computate alla durata di fruizione dell'assicurazione individuale.
- 12.7 Non vi è libero passaggio o diritto di passaggio per le persone assicurate
- che abitano all'estero (restano salve le disposizioni secondo l'accordo sulla libera circolazione delle persone);
 - che non hanno un reddito assicurabile;
 - che hanno compiuto i 65 anni d'età;
 - quando sono esaurite le prestazioni nel contratto collettivo.
- 12.8 Non c'è inoltre diritto di passaggio
- in caso di cambio del posto di lavoro e di passaggio nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera di malattia di un nuovo datore di lavoro;
 - in caso di scioglimento del contratto e di continuazione presso un altro assicuratore se quest'ultimo, in base ad un accordo di libero passaggio, è tenuto a garantire il proseguimento della copertura assicurativa.

Prestazioni

13 Premesse delle prestazioni

- 13.1 L'indennità giornaliera viene corrisposta, in caso d'incapacità al lavoro di almeno il 25%, in proporzione al grado dell'incapacità al lavoro stessa.
- 13.2 Per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende e i loro familiari, purché non figurino nella contabilità salariale, è determinante un'incapacità al lavoro di almeno il 50%.
- 13.3 Le persone assicurate parzialmente invalide o disabili sono considerate pienamente abili al lavoro ai sensi di queste condizioni, se sono completamente abili al lavoro secondo il loro grado d'occupazione. La loro incapacità al lavoro si misura secondo il grado di inabilità a svolgere la precedente attività lavorativa.
- 13.4 Le assenze dal posto di lavoro per esami e trattamenti ambulatoriali non danno diritto all'indennità giornaliera.
- 13.5 Le assenze dal posto di lavoro in seguito a cure balneari e di convalescenza sono assicurate soltanto se queste sono necessarie dal profilo medico e se l'assicuratore riceve in tempo utile, prima dell'inizio della cura, la relativa domanda.
- 13.6 Se la persona assicurata si reca all'estero a scopo di trattamento, assistenza sanitaria o parto senza l'approvazione dell'assicuratore, non vengono corrisposte prestazioni.

14 Notifica e obblighi in caso di sinistro

- 14.1 Se il periodo d'attesa è tra 0 e 10 giorni, il contraente deve comunicare l'incapacità al lavoro all'assicuratore entro 15 giorni dall'inizio della stessa. In caso di periodi d'attesa a partire da 11 giorni, la notifica deve pervenire all'assicuratore entro 35 giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro. Entro ulteriori 3 giorni dalla notifica della malattia, deve essere presentato un certificato del medico attestante l'incapacità al lavoro. In caso di notifica tardiva ingiustificata, il diritto alle prestazioni assicurate decorre al più presto a partire dalla ricezione della notifica.



- 14.2 La persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno. Se non può dimostrare la perdita di guadagno, non sussiste alcun diritto a prestazioni.
- 14.3 Le persone assicurate devono intraprendere tutto ciò che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto ciò che la ritardi. In particolare, devono attenersi alle prescrizioni del medico e del personale sanitario.
- 14.4 Al termine dell'incapacità al lavoro deve essere inviato immediatamente all'assicuratore un certificato attestante il grado e la durata dell'incapacità al lavoro.
- 14.5 La persona assicurata che nella sua professione abituale resta completamente o parzialmente inabile al lavoro, prevedibilmente in modo duraturo, è tenuta ad impiegare la sua eventuale capacità di guadagno residua anche se ciò esige un cambio della professione. L'assicuratore esorta la persona assicurata al cambio di professione e la rende attenta sulle sanzioni previste dal par. 15.
- 14.6 La persona assicurata deve sottoporsi regolarmente a trattamenti o controlli medici. Inoltre, la persona assicurata è tenuta a sottoporsi, a spese dell'assicuratore, alle visite mediche che quest'ultimo ritiene necessarie. L'assicuratore ha il diritto di controllare il rispetto delle prescrizioni del medico tramite visite agli ammalati.
- 14.7 La persona assicurata è tenuta a collaborare all'esecuzione della presente assicurazione. Deve fornire all'assicuratore segnatamente tutti i dati di cui l'assicuratore necessita per l'accertamento del diritto a prestazione e per la determinazione dell'ammontare delle prestazioni.
- 14.8 L'assicuratore subordina la prestazione alla previa notifica del caso agli altri assicuratori coinvolti. Il diritto alle prestazioni viene sospeso se la persona assicurata non ha dato seguito alla richiesta di notifica. Il diritto viene ripristinato una volta che è stata effettuata la notifica. Per contro, la persona assicurata perde il suo diritto a prestazioni se rinuncia o ritira il diritto che ha rivendicato nei confronti degli altri assicuratori coinvolti.

15 Violazione degli obblighi

- 15.1 Le prestazioni assicurative vengono ridotte, in maniera temporanea o permanente, o rifiutate in casi particolarmente gravi se la persona assicurata viola i doveri o gli obblighi derivanti da queste CGA; in particolare se la persona assicurata si sottrae o si oppone ad un trattamento accettabile che promette un miglioramento considerevole dell'abilità lavorativa o ad un inserimento in un'attività lucrativa che promette una nuova possibilità di guadagno, o se non vi contribuisce volontariamente nella misura di quanto sia ragionevolmente esigibile.
- 15.2 Questi svantaggi legali non subentrano se, dovute le circostanze, la violazione degli obblighi o dei doveri può essere scusata.

16 Inizio delle prestazioni

- 16.1 L'obbligo di prestazione inizia dopo la scadenza del periodo di attesa convenuto nella polizza. Il periodo di attesa inizia a decorrere dal primo giorno dell'incapacità al lavoro confermata dal medico, al più presto comunque tre giorni prima dell'inizio del trattamento medico.
- 16.2 Se il datore di lavoro concede alla persona assicurata un congedo non retribuito, la copertura assicurativa viene mantenuta a condizione che prosegua il rapporto di lavoro, tuttavia fino a un massimo di 6 mesi dopo l'esaurimento del diritto al salario. Per la durata prevista del congedo non sussiste il diritto a prestazioni assicurative e non deve essere pagato alcun premio. Se la persona assicurata si ammala durante il congedo non retribuito, l'assicuratore scala i giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro fino alla ripresa prevista dell'attività lucrativa dal periodo d'attesa e dalla durata delle prestazioni. Valgono gli obblighi di cui al par. 14 CGA, in particolare quelli concernenti la notifica di malattia e il certificato d'incapacità al lavoro.



17 Periodo di attesa

- 17.1 Il periodo di attesa convenuto è indicato nella polizza. I giorni d'incapacità al lavoro parziale contano come giorni interi.
- 17.2 Se non ci sono accordi contrattuali divergenti, esso viene calcolato una volta per caso.
- 17.3 Se il periodo di attesa convenuto vale una volta per caso, il periodo di attesa viene meno per le ricadute che si verificano entro 180 giorni dalla ripresa dell'attività lavorativa.

18 Durata delle prestazioni

- 18.1 L'assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera per uno o più casi di malattia durante il tempo indicato nella polizza. Restano salvi i casi in cui la persona assicurata non esercita il suo diritto di passaggio dopo l'uscita dall'assicurazione collettiva.
- 18.2 I periodi di attesa vengono computati alla durata delle prestazioni se non ci sono accordi contrattuali divergenti.
- 18.3 In caso d'incapacità al lavoro parziale viene corrisposta un'indennità giornaliera ridotta per la durata indicata al par. 18.1. La copertura assicurativa per la capacità al lavoro residua permane.
- 18.4 In caso di riduzione dell'indennità giornaliera a causa di sovraindennizzo ai sensi del par. 24 delle presenti CGA, la durata delle prestazioni si prolunga in maniera proporzionale alla riduzione.

19 Sospensione delle prestazioni

- 19.1 Se durante il periodo di fruizione dell'indennità giornaliera si verifica un'interruzione del lavoro senza diritto al salario (ad es. detenzione, carcerazione preventiva, ecc.), in tale lasso di tempo le indennità giornaliere non sono dovute.
- 19.2 Una persona assicurata inabile al lavoro che si reca temporaneamente all'estero (ad es. per vacanze) senza l'approvazione dell'assicuratore perde il diritto alle prestazioni assicurative fino al suo rientro in Svizzera.

20 Divieto di rinuncia

La persona assicurata non può impedire l'esaurimento della durata delle prestazioni rinunciando alle stesse prima che sia conclusa l'incapacità al lavoro.

21 Maternità

- 21.1 In caso di gravidanza e parto si corrisponde durante 16 settimane l'indennità giornaliera per la quale la persona assicurata era stata assicurata fino al giorno del parto per almeno 270 giorni, senza interruzione superiore a 3 mesi. Almeno 8 delle 16 settimane devono essere dopo il parto.
- 21.2 Le prestazioni sono corrisposte a complemento delle prestazioni di maternità secondo la LIPG.
- 21.3 Il diritto a prestazioni inizia il giorno del parto.
- 21.4 Le prestazioni per maternità non vengono computate alla durata massima delle prestazioni.
- 21.5 Se è stato convenuto un periodo di attesa per maternità, questo viene computato alla durata delle prestazioni per maternità.

22 Calcolo dell'indennità giornaliera

L'indennità giornaliera si calcola convertendo il salario assicurato in un anno intero e dividendo la somma annua assicurata per 365 o per 366 negli anni bisestili.

23 Guadagno assicurativo

- 23.1 Il diritto alle prestazioni assicurate esiste soltanto nella misura in cui per la persona assicurata non ne risultano alcun guadagno assicurativo.
- 23.2 Valgono quale guadagno assicurativo le prestazioni che eccedono la copertura completa della perdita di guadagno della persona assicurata per la sua attività assicurata nell'azienda assicurata.



24 Sovraindennizzo

- 24.1 Il concorso di prestazioni delle varie assicurazioni sociali non deve provocare un sovraindennizzo dell'avente diritto. Vi è sovraindennizzo se le prestazioni sociali legalmente dovute superano il guadagno di cui l'assicurato è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato. Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono accordate a complemento di prestazioni di altre assicurazioni sociali e vengono ridotte dell'importo del sovraindennizzo.
- 24.2 Se presso un assicuratore privato sussiste un'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia o infortunio, l'assicuratore accorda l'indennità giornaliera assicurata soltanto nella misura in cui non sussiste alcun sovraindennizzo. Fanno eccezione le prestazioni di assicurazioni di somma fissa.
- 24.3 Se l'assicuratore privato riduce le sue prestazioni o rifiuta di corrisponderle in base ad una clausola di sussidiarietà, l'assicuratore corrisponde le sue prestazioni in modo proporzionale.

25 Pagamento

Di regola, le prestazioni vengono pagate al contraente. In casi particolari le indennità giornaliere possono essere versate alle persone assicurate. Rimane salvo l'art. 20 LPGa.

26 Dimoranti temporanei

Una volta scaduto il contratto di lavoro, i dimoranti temporanei non hanno più diritto a indennità giornaliere. Se può essere dimostrato che avessero di nuovo ottenuto un permesso di lavoro in caso di capacità al lavoro nell'anno dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro, l'indennità giornaliera accordata finora viene corrisposta per la durata prevista nel permesso di lavoro.

27 Divieto di cessione e di costituzione in pegno

I crediti nei confronti dell'assicuratore non possono essere ceduti né costituiti in pegno.

28 Limitazioni della copertura assicurativa

Le prestazioni assicurative vengono ridotte in maniera temporanea o permanente e, in casi particolarmente gravi, rifiutate per le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze che la persona assicurata ha causato o aggravato intenzionalmente oppure che sono riconducibili a pericoli straordinari o atti temerari. Sono determinanti le definizioni e le norme di riduzione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Premi**29 Basi del calcolo dei premi**

- 29.1 Salvo altri accordi contrattuali, per il calcolo dei premi è determinante il guadagno soggetto all'AVS conseguito nell'azienda assicurata, tenendo conto del salario massimo assicurato per persona ed anno. I salari o le quote salariali sui quali, a causa dell'età della persona assicurata, non vengono prelevati i contributi AVS sono a loro volta considerati come guadagno.
- 29.2 Per il calcolo dei premi dei lavoratori autonomi, i titolari di aziende ed i loro familiari, purché questi ultimi non figurino nella contabilità salariale, vale il reddito da lavoro indicato nella polizza.

30 Pagamento dei premi

- 30.1 I premi assicurativi devono essere pagati anticipatamente dal contraente per l'intero periodo assicurativo. Per il pagamento rateale l'assicuratore può applicare un supplemento.
- 30.2 Per i dipendenti il premio anticipato risulta dai salari prevedibili e viene conteggiato all'inizio dell'anno successivo in base alla dichiarazione definitiva delle somme salariali.
- 30.3 Durante l'incapacità al lavoro viene meno il dovere del pagamento dei premi nella misura delle prestazioni corrisposte dal contratto collettivo. Ciò non vale comunque per i lavoratori autonomi, i titolari di aziende ed i loro familiari che non figurano nella contabilità salariale.

31 Dichiarazione delle somme salariali

- 31.1 Alla fine di ogni anno l'assicuratore sollecita il contraente a dichiarare le somme salariali definitive. A tal fine l'assicuratore invia al contraente il formulario per la dichiarazione delle somme salariali, che deve essere rinviato entro 30 giorni, compilato in maniera completa e veritiera. L'assicuratore effettua quindi il conteggio definitivo dei premi per l'anno precedente.
- 31.2 Se il contraente non adempie all'obbligo di dichiarazione, i premi vengono definiti tramite stima. Se in seguito risulta che a causa di ciò è stato fatturato un premio inferiore a quello dovuto, il contraente è tenuto a pagare, oltre alla differenza, gli interessi di mora del 5%.



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

32 Rimborso del premio

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

32.2 L'assicuratore conserva il diritto al premio se il contraente recede dal contratto durante l'anno successivo alla sua conclusione.

32.3 Un periodo d'assicurazione inizia con la scadenza principale secondo la polizza e dura un anno.

33 Mora nel pagamento

33.1 Decorso il termine di pagamento, i premi vengono sollecitati e viene fissato un termine suppletivo di 14 giorni. Se il termine suppletivo trascorre inutilizzato, vengono riscossi interessi di mora pari al 5% a decorrere dal primo giorno della scadenza del termine. Decorso il termine di sollecito, l'obbligo di prestazioni dell'assicuratore nei confronti del datore di lavoro è sospeso. L'obbligo di prestazione rinasce non appena vengono pagati i premi in mora, compresi gli interessi di mora ed i costi di sollecito ed esecuzione.

33.2 Inoltre, in caso di mora nel pagamento dei premi, l'assicuratore si riserva il diritto di disdire il contratto collettivo prima della scadenza del termine ordinario di disdetta.

34 Assicurazione con partecipazione alle eccedenze

34.1 Se viene stipulata l'assicurazione con partecipazione alle eccedenze, il contraente riceve sempre dopo tre anni assicurativi (periodo di conteggio sempre dal 1° gennaio al 31 dicembre) la quota, convenuta secondo le norme contrattuali, dell'eccedenza del suo contratto.

34.2 L'eccedenza è determinata come segue: dal totale dei premi definitivi pagati per il relativo periodo di conteggio si deducono:

- a) le prestazioni concernenti il periodo di conteggio;
- b) le spese amministrative, gli accantonamenti e le riserve in base alla quota definita nel contratto.

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

34.4 Se dopo la stesura del conteggio vengono notificati sinistri o pagate prestazioni che riguardano il periodo di conteggio chiuso, viene allestito un nuovo conteggio della partecipazione alle eccedenze. L'assicuratore chiede il rimborso delle eccedenze pagate in eccesso o le scala dalle indennità giornaliere che deve ancora corrispondere.

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

35 Compensazione di prestazioni e obbligo di rimborso

35.1 Il contraente e le persone assicurate non hanno il diritto nei confronti dell'assicuratore di compensare premi in sospeso con diritti a prestazioni. L'assicuratore può riscuotere interessi di mora pari al 5%.

35.2 Le prestazioni percepite ingiustamente dal contraente o dalla persona assicurata devono essere rimborsate all'assicuratore.

36 Modifica della tariffa dei premi

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



37 Modifica del tasso di premio

- 37.1 Al termine del contratto l'assicuratore può adeguare i premi all'andamento dei sinistri. Come periodo di osservazione si considera l'anno in corso più dai due ai quattro anni assicurativi precedenti. Se la somma delle prestazioni (compresi gli accantonamenti per i casi in corso) supera i premi di rischio incassati, l'assicuratore può adeguare i premi in base alle disposizioni tariffali.
- 37.2 L'assicuratore comunica al contraente i nuovi tassi di premio entro 60 giorni prima della scadenza principale del premio. Se il contraente non concorda con la modifica del premio, può disdire il contratto per la fine dell'anno assicurativo in corso. La disdetta deve pervenire per iscritto all'assicuratore entro l'ultimo giorno dell'anno assicurativo. Se il contraente non invia la disdetta, si deduce che sia d'accordo a mantenere il contratto esistente con il nuovo tasso di premio.

Disposizioni finali**38 Obbligo del segreto**

I collaboratori dell'assicuratore che vengono a conoscenza di diagnosi, stati di salute, diritto alle prestazioni e corresponsione di prestazioni, come pure di dati sul reddito e sulla sostanza della persona assicurata, sono tenuti a mantenere il segreto ai sensi dell'art. 33 LPG. In caso d'infrazione trova applicazione l'art. 92 LAMal.

39 Contenzioso

- 39.1 Se una persona assicurata non è d'accordo con una disposizione dell'assicuratore, quest'ultima emette una decisione scritta con la relativa motivazione.
- 39.2 Contro tale decisione può essere interposta opposizione presso l'assicuratore entro 30 giorni dalla sua notifica.
- 39.3 La decisione passa in giudicato una volta trascorso inutilizzato il termine d'opposizione oppure se quest'ultima viene respinta con effetto legale.

40 Comunicazioni

- 40.1 Al contraente:
tutte le comunicazioni al contraente, o all'ufficio di riferimento da lui nominato, vengono indirizzate all'ultimo recapito in Svizzera noto all'assicuratore.
- 40.2 Alle persone assicurate:
tutte le comunicazioni alle persone assicurate spettano al contraente. Quest'ultimo ha l'obbligo di informare tutte le persone assicurate sui contenuti fondamentali del contratto.
- 40.3 All'assicuratore:
tutte le comunicazioni devono essere indirizzate direttamente all'assicuratore in tedesco, francese, italiano o inglese. Per i documenti redatti in altre lingue deve essere allegata una traduzione autenticata.
- 40.4 Se il contraente cambia il suo domicilio aziendale, il suo ufficio di riferimento, il genere di azienda, oppure cambiano i rapporti di proprietà dell'azienda, l'assicuratore deve essere immediatamente informato per iscritto.

41 Entrata in vigore

Le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera sono state deliberate dagli organi competenti di Helsana Assicurazioni SA ed entrano in vigore il 1° gennaio 2007. Sostituiscono le corrispondenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera Helsana Business Salary secondo la LAMal, edizione 1° gennaio 2004.

