

Edizione 1° gennaio 2014

Condizioni d'assicurazione (CA) SALARIA – l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994

Indice

Introduzione

Disposizioni generali

- 1 Su quali basi legali poggia la presente assicurazione?
- 2 Cosa comprende la copertura assicurativa?
- 3 Chi è assicurato?
- 4 Come avviene l'ammissione all'assicurazione?
- 5 Quando e come viene disdetta o ridotta l'assicurazione?
- 6 I premi possono subire modifiche dopo la stipulazione dell'assicurazione?
- 7 Quali condizioni valgono per il pagamento dei premi?
- 8 Quali sono le conseguenze in caso di mora nel pagamento dei premi?
- 9 Quali sono le condizioni per la fruizione di prestazioni?
- 10 Quali sono i doveri e gli obblighi in caso di malattia o infortunio?
- 11 Quali sono le conseguenze in caso di inosservanza dei doveri e degli obblighi?
- 12 A cosa occorre prestare attenzione nella corresponsione di prestazioni?
- 13 Quali sono le norme particolari in caso di soggiorno all'estero?
- 14 In quali casi può esservi una limitazione della copertura assicurativa?
- 15 Cosa succede in caso di controversie?
- 16 Quali condizioni valgono per le comunicazioni e i pagamenti?
- 17 Quando entrano in vigore le presenti CA?

Disposizioni generali

1 Su quali basi legali poggia la presente assicurazione?

- 1.1 Per l'esercizio della presente assicurazione sono determinanti le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e le sue disposizioni d'applicazione.
- 1.2 Le presenti condizioni d'assicurazione (CA) contengono le disposizioni applicate a complemento delle basi legali indicate al paragrafo 1.1.

2 Cosa comprende la copertura assicurativa?

- 2.1 L'assicurazione d'indennità giornaliera copre la perdita di guadagno in caso di incapacità al lavoro causata da malattia, infortunio o maternità. La copertura assicurativa comprende sempre i rischi malattia e maternità, a scelta con o senza la copertura degli infortuni.
- 2.2 Le malattie professionali e le lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) valgono quale infortunio.
- 2.3 Le varianti assicurative (ad es. l'ammontare dell'indennità giornaliera, i periodi d'attesa, ecc.) sono fissate dall'assicuratore. Le prestazioni assicurate sono indicate nella polizza assicurativa.

3 Chi è assicurato?

È assicurata la persona riportata nella polizza assicurativa.

Introduzione

Il soggetto giuridico indicato nella polizza corrisponde le prestazioni assicurative ed è denominato assicuratore.

Tutti i termini riferiti a persone usati nel testo sono intesi per ambo i sessi.



4 Come avviene l'ammissione all'assicurazione?

- 4.1 Per la stipulazione o una modifica dell'assicurazione bisogna compilare in maniera completa e veritiera i formulari per la proposta.
- 4.2 L'assicuratore è autorizzato a fare visitare, a spese dell'assicuratore, le persone da assicurare da un medico di fiducia.

5 Quando e come viene disdetta o ridotta l'assicurazione?

- 5.1 Il contraente può disdire o ridurre per iscritto l'assicurazione d'indennità giornaliera alla fine di un mese con un preavviso di tre mesi.
- 5.2 Tuttavia, il contraente può disdire per iscritto l'assicurazione d'indennità giornaliera alla fine di un mese se è adempiuta una delle seguenti condizioni:
- trasferimento permanente del domicilio all'estero;
 - aumento dei premi nell'assicurazione d'indennità giornaliera;
 - passaggio all'assicurazione obbligatoria d'indennità giornaliera del datore di lavoro;
 - venir meno del reddito da lavoro assicurato.
- 5.3 Dopo il compimento del 65° anno d'età, l'assicurazione è ridotta automaticamente a CHF 10.–.
- 5.4 L'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue automaticamente una volta esaurita la durata massima per la fruizione di prestazioni e se la persona assicurata non esercita più un'attività lucrativa.
- 5.5 Una persona assicurata può essere esclusa dall'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di comportamento abusivo, di motivi importanti e non scusabili (ad es. dichiarazioni intenzionalmente false nella proposta o nella notifica di malattia o d'infortunio) o di mora o mancato pagamento dei premi. In tali casi non sussiste un diritto alla riammissione.

6 I premi possono subire modifiche dopo la stipulazione dell'assicurazione?

- 6.1 I premi dipendono dall'età al momento della stipulazione o dell'aumento delle prestazioni.
- 6.2 Le persone assicurate che compiono il 25° anno d'età sono trasferite nel gruppo d'età delle persone assicurate a partire dai 26 anni d'età.
- 6.3 L'assicuratore può ridefinire la tariffa dei premi in ogni momento.

7 Quali condizioni valgono per il pagamento dei premi?

- 7.1 Se il rapporto assicurativo inizia o termina nel corso di un mese civile, i premi sono dovuti per l'intero mese.
- 7.2 I premi sono riscossi a scadenza mensile, devono essere pagati in anticipo e scadono il primo giorno di ogni mese. Per le persone assicurate che s'impegnano a pagare due o più premi mensili alla volta sussiste una regolamentazione separata. I premi possono essere pagati tramite il sistema LSV/SAC. In caso di riaccredito causato dalla persona assicurata, le viene addebitata una tassa per ogni riaccredito.
- 7.3 Se è in ritardo con il pagamento del premio, la persona assicurata viene avvertita con un sollecito in merito alle conseguenze del mancato pagamento, con l'imposizione di un ulteriore termine per il pagamento dei premi in arretrato. Se il pagamento non avviene entro il termine ulteriore concesso, l'assicuratore può riscuotere i premi in arretrato in via esecutiva.
- 7.4 Le spese, quali ad esempio le spese di sollecito e di riscossione, derivanti da premi in arretrato e le spese per gli accordi di pagamento rateale vanno a carico della persona assicurata.

8 Quali sono le conseguenze in caso di mora nel pagamento dei premi?

- 8.1 Vengono bloccate le prestazioni se non avviene un pagamento entro il termine ulteriore secondo il paragrafo 7.3.
- 8.2 L'obbligo a corrispondere prestazioni dall'assicurazione viene ripristinato non appena vengono pagati i premi in arretrato, compresi gli interessi di mora e le spese di sollecito ed esecuzione. Per malattie, infortuni e le loro conseguenze che sorgono durante il blocco delle prestazioni, non è possibile fare valere un diritto a prestazioni. Per i casi di sinistro in corso, l'intera durata di fruizione si riduce della misura della durata del blocco delle prestazioni.



- 9 Quali sono le condizioni per la fruizione di prestazioni?**
- 9.1 Il diritto a prestazioni sussiste in caso di un'incapacità al lavoro dimostrata di almeno il 25% che comporta una perdita di guadagno.
- 9.2 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.
- 10 Quali sono i doveri e gli obblighi in caso di malattia o infortunio?**
- 10.1 La persona assicurata deve notificare per iscritto all'assicuratore un'incapacità al lavoro entro 30 giorni dall'inizio dell'incapacità. In caso di periodi di attesa inferiori a 30 giorni, la notifica deve avvenire al più tardi 5 giorni dopo la scadenza del periodo di attesa.
- 10.2 Entro altri 3 giorni deve essere presentato un certificato del medico o del chiropratico attestante l'incapacità al lavoro. In caso di notifica tardiva, il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste al più presto a partire dalla ricezione del certificato medico. Al termine dell'incapacità al lavoro deve essere inviato immediatamente all'assicuratore un certificato attestante il grado e la durata dell'incapacità al lavoro.
- 10.3 La persona assicurata deve dimostrare la perdita di guadagno.
- 10.4 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.
- 10.5 La persona assicurata deve attenersi alle prescrizioni dei medici e intraprendere tutto quello che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto quello che la ritarda.
- 10.6 La persona assicurata deve rilasciare all'assicuratore tutte le indicazioni delle quali esso necessita per la determinazione delle prestazioni. In tale contesto rientra anche l'invio di eventuali decisioni di altri assicuratori sociali.
- 10.7 La persona assicurata esonera dall'obbligo del segreto previsto dalla legge i fornitori di prestazioni che la curano o l'hanno curata e li autorizza a rilasciare all'assicuratore ogni informazione richiesta in relazione alla presente assicurazione.
- 10.8 La persona assicurata che nella sua professione abituale resta inabile al lavoro temporaneamente o permanentemente, completamente o parzialmente, è tenuta a impiegare la sua capacità al lavoro residua in un altro ramo professionale. L'assicuratore sollecita la persona assicurata a passare a un'attività professionale ragionevolmente esigibile e la rende attenta alle conseguenze giuridiche.
- 11 Quali sono le conseguenze in caso di inosservanza dei doveri e degli obblighi?**
- Le prestazioni assicurative vengono ridotte, in maniera temporanea o permanente, o rifiutate in casi particolarmente gravi se la persona assicurata viola i propri doveri o obblighi in modo non scusabile.
- 12 A cosa occorre prestare attenzione nella corresponsione di prestazioni?**
- 12.1 Il periodo di attesa convenuto è computato alla durata delle prestazioni ed è calcolato una sola volta nell'arco di 365 giorni.
- 12.2 Le persone assicurate non possono impedire l'esaurimento delle prestazioni dell'assicurazione d'indennità giornaliera rinunciando a prestazioni.
- 12.3 In caso di un'incapacità al lavoro parziale di almeno il 25%, l'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al grado dell'incapacità al lavoro stessa.
- 12.4 In caso di concorso di prestazioni di più assicuratori, il totale delle prestazioni non può superare la perdita di guadagno dimostrabile. In tal caso, le prestazioni del presente contratto sono corrisposte a complemento delle prestazioni di altri assicuratori, vale a dire che queste ultime sono ridotte dell'ammontare del sovraindennizzo. Fanno eccezione le prestazioni di assicurazioni di somme, che sono corrisposte indipendentemente dalla perdita di guadagno effettiva.
- 12.5 Se un assicuratore privato riduce le sue prestazioni o rifiuta di corrisponderle in base a una clausola di sussidiarietà, le prestazioni del presente contratto sono corrisposte in modo proporzionale.
- 12.6 Le donne che cessano la loro attività professionale prima delle otto settimane antecedenti il parto non hanno diritto a prestazioni, tranne se la cessazione dell'attività professionale è dovuta a una malattia o a un infortunio assicurato.
- 12.7 I pagamenti destinati alla persona assicurata sono versati sul suo conto postale o bancario senza spese. Se la persona assicurata desidera un pagamento tramite polizza di pagamento (PPR), tutte le spese risultanti vanno a suo carico.



13 Quali sono le norme particolari in caso di soggiorno all'estero?

- 13.1 Se la persona assicurata si reca all'estero a scopo di trattamento, assistenza sanitaria o parto, non vengono corrisposte prestazioni. Restano salvi i casi in cui tali trattamenti sono assunti dall'assicurazione malattia obbligatoria.
- 13.2 Se la persona assicurata desidera recarsi all'estero durante l'incapacità al lavoro, deve informare precedentemente l'assicuratore, che dopo un'analisi della situazione può corrispondere prestazioni assicurative per un periodo determinato.
- 13.3 Una persona assicurata che diventa incapace al lavoro durante un soggiorno all'estero ha diritto a prestazioni durante una degenza ospedaliera necessaria dal profilo medico soltanto finché non è possibile il rientro in Svizzera. Tale limitazione non vale all'interno di Stati appartenenti all'Unione europea (UE) o all'Associazione europea di libero scambio (AELS).
- 13.4 Restano salvi i diritti previsti dall'Accordo sulla libera circolazione delle persone con l'Unione europea (UE) e l'Associazione europea di libero scambio (AELS).

14 In quali casi può esservi una limitazione della copertura assicurativa?

- 14.1 Le prestazioni assicurative sono ridotte, in maniera temporanea o permanente, o rifiutate in casi particolarmente gravi per malattie, infortuni o le loro conseguenze
- cagionati o aggravati intenzionalmente dalla persona assicurata;
 - riconducibili a pericoli straordinari (ad es. servizio militare all'estero o partecipazione ad azioni belliche, atti di terrorismo, risse, crimini e delitti) o
 - riconducibili ad atti temerari.
- 14.2 Le assenze dal posto di lavoro per esami e trattamenti ambulatoriali non danno diritto all'indennità giornaliera.
- 14.3 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.

15 Cosa succede in caso di controversie?

Se una persona assicurata non è d'accordo con una disposizione dell'assicuratore, può richiedere l'emissione di una decisione scritta. Tale decisione contiene un'indicazione dei rimedi giuridici.

16 Quali condizioni valgono per le comunicazioni e i pagamenti?

- 16.1 Le comunicazioni dirette all'assicuratore devono essere inviate all'indirizzo indicato nella polizza.
- 16.2 La persona assicurata riceve le comunicazioni e i pagamenti dell'assicuratore all'ultimo indirizzo in Svizzera segnalato.
- 16.3 Ulteriori informazioni e comunicazioni vincolanti, come ad esempio sulle modifiche delle presenti condizioni d'assicurazione, sono pubblicate nel sito Internet dell'assicuratore, nella rivista per i clienti e nell'allegato annuale alla polizza.

17 Quando entrano in vigore le presenti CA?

Le presenti condizioni d'assicurazione entrano in vigore il 1° gennaio 2014. Esse sostituiscono le CA, edizione 1° gennaio 2005.

