

Edizione 2011



Assicurazione per perdita di guadagno LaMAL

Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Assicurazione per perdita di guadagno LaMal

Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Capitolo	Pagina	Capitolo	Pagina
1 Basi dell'assicurazione	3	8 Prestazioni	7
1.1 Scopo		8.1 Presupposti per avere diritto alle prestazioni	
1.2 Ente assicurativo		8.2 Estensione delle prestazioni	
1.3 Contratto di assicurazione		8.3 Durata delle prestazioni	
1.4 Forma maschile e femminile		8.4 Limitazione delle prestazioni	
2 Persone assicurate	3	8.5 Obbligo di restituzione	
2.1 Contraente		8.6 Corresponsione delle prestazioni	
2.2 Persone assicurate		9 Obbligo di cooperazione durante malattia o infortunio	11
3 Validità territoriale	4	9.1 Obblighi in caso di sinistro	
4 Varianti di assicurazione	4	9.2 Obbligo di riduzione del danno	
4.1 Copertura integrale		9.3 Obbligo di informazione	
4.2 Copertura con dichiarazione sullo stato di salute		9.4 Violazione dell'obbligo di cooperazione	
5 Inizio, durata e cessazione del contratto di assicurazione	4	9.5 Imposta alla fonte	
5.1 Inizio del contratto di assicurazione		10 Premi	12
5.2 Durata del contratto di assicurazione		10.1 Calcolo dei premi	
5.3 Cessazione del contratto di assicurazione		10.2 Pagamento dei premi	
6 Inizio, durata e cessazione della copertura assicurativa	5	10.3 Liberazione del pagamento in caso di sinistro	
6.1 Inizio della copertura assicurativa		10.4 Adeguamento dei premi	
6.2 Fine della copertura assicurativa		10.5 Pandemia	
6.3 Passaggio all'assicurazione individuale		11 Prestazioni di terzi	13
7 Estensione della copertura assicurativa	7	11.1 Sussidiarietà	
7.1 L'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata		11.2 Prestazioni provvisorie e ricorsi	
7.2 Base di calcolo		11.3 Ovrassicurazione	
7.3 Copertura massima		12 Comunicazioni	14
		13 Foro competente	14
		13.1 Decisione	
		13.2 Opposizione	
		13.3 Ricorso	

Assicurazione per perdita di guadagno LaMal

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

L'assicurazione per perdita di guadagno per aziende è un'assicurazione danni e copre la perdita di guadagno causata da incapacità lavorativa dovuta a malattia o parto (indennità di parto). La copertura della perdita di guadagno dovuta a infortunio può essere inclusa.

Se il rischio di infortunio è incluso nell'assicurazione, i seguenti punti corrispondenti si applicano in maniera analoga.

1.2 Ente assicurativo

L'ente assicurativo è Moove Sympany SA, Berna (di seguito Sympany).

1.3 Contratto di assicurazione

Il contratto di assicurazione è costituito da:

- l'offerta o proposta di assicurazione comprese eventuali dichiarazioni sullo stato di salute
- la polizza di assicurazione
- le Condizioni speciali (CS) indicate nella polizza di assicurazione
- le presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA).

Laddove non siano applicabili disposizioni obbligatorie della Legge federale sull'assicurazione malattie (LaMal), dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) o della Legge federale sulla parte generale delle assicurazioni sociali (LPGA) vale quanto stabilito dalle parti.

1.4 Forma maschile e femminile

Sympany riconosce apertamente la parità di diritti tra uomo e donna. La rinuncia all'indicazione contemporanea della forma maschile e femminile è dettata da motivi di migliore leggibilità.

2 Persone assicurate

2.1 Contraente

Il contraente è l'azienda descritta nella polizza di assicurazione con tutte le unità aziendali che le appartengono ovvero la persona fisica stipulante il contratto.

2.2 Persone assicurate

2.2.1 Lavoratori dipendenti

Sono assicurati le persone fisiche o i gruppi di persone indicati nella polizza di assicurazione che

- intrattengono con il contraente un rapporto contrattuale di lavoro e
- sono soggetti a contribuzione AVS.

Le persone che dopo il raggiungimento dell'età AVS continuano a lavorare fanno parte fino al 70° anno di età della cerchia delle persone assicurate, a condizione che al momento del raggiungimento dell'età AVS erano già occupati presso il contraente e pienamente abili al lavoro.

I frontalieri, lavoratori distaccati all'estero e dimoranti temporanei sono assicurati alle medesime condizioni.

2.2.2 Assicurazione sulla base di accordi speciali Assicurabili unicamente sulla base di accordi speciali sono

- a) il personale ausiliario temporaneo (con contratto di impiego ausiliare limitato a un massimo di tre mesi),
- b) le persone occupate a tempo parziale e i salariati retribuiti su base oraria che ai sensi della LAINF non sono assicurati contro le conseguenze degli infortuni non professionali,
- c) i lavoratori a domicilio,
- d) le persone con domicilio all'estero che non sono né lavoratori frontalieri, né lavoratori inviati all'esterno, né dimoranti temporanei.

2.2.3 Persone con somma salariale annua fissa

I lavoratori indipendenti, i titolari di azienda e i coniugi/conviventi, figli o genitori che collaborano nell'azienda senza essere registrati nella contabilità salariale sono assicurati a condizione che siano riportati nominalmente e con una somma salariale fissa nella polizza di assicurazione.

I dirigenti aziendali che in virtù di normative di legge sono parificati ai lavoratori dipendenti hanno, su richiesta, anch'essi la possibilità di assicurare una somma salariale fissa.

Le persone con somma salariale annua fissa devono compilare una dichiarazione sullo stato di salute (cfr. art. 4.2).

2.2.4 Persone non assicurate

Sono esclusi dall'assicurazione

- a) il personale che il contraente prende in prestito da altre aziende,
- b) le persone che operano per l'azienda assicurata in virtù di un rapporto di mandato.

3 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Per i lavoratori distaccati all'estero l'assicurazione è valida per 24 mesi a partire dal momento della partenza per l'estero. Su richiesta la copertura assicurativa può essere prolungata, a condizione che per queste persone esista contemporaneamente una copertura secondo la LAINF.

4 Varianti di assicurazione

4.1 Copertura integrale

4.1.1 Malattie e conseguenze di infortuni preesistenti

In caso di adesione senza dichiarazione sullo stato di salute verranno corrisposte prestazioni anche per malattie e conseguenze di infortuni già presenti al momento in cui ha avuto inizio la copertura assicurativa.

4.2 Copertura con dichiarazione sullo stato di salute

4.2.1 Principio

La copertura con dichiarazione sullo stato di salute si prefigge l'assicurazione della perdita di guadagno in seguito a malattia o a conseguenze di infortuni subentranti dopo l'inizio della copertura assicurativa.

Per stabilire l'esistenza di malattie o conseguenze di infortuni precedenti, al momento dell'entrata in azienda o al momento della richiesta di affiliazione/ammissione all'assicurazione di Sympany viene effettuato un esame dello stato di salute sulla base della dichiarazione che la persona assicurata rilascia sul modulo fornito da Sympany. Le persone che usufruiscono del diritto di libero passaggio ai sensi dell'art. 70 LAMal devono fornire i documenti relativi al loro precedente rapporto assicurativo.

4.2.2 Malattie e conseguenze di infortuni preesistenti

Riguardo alle riserve assicurative si applica l'art. 69 LAMal. Eventuali aumenti salariali previsti dal Contratto collettivo di lavoro (CCL) vengono assicurati senza nuovo esame del rischio.

4.2.3 Obbligo di informazione

La persona assicurata è tenuta a rispondere in modo veritiero e completo alle domande poste nella dichiarazione sullo stato di salute. Sympany è autorizzata a richiedere un certificato medico o a disporre una visita con un medico di fiducia. Essa

può designare il medico e i rispettivi costi della visita sono a suo carico.

Qualora l'assicurato abbia fornito informazioni errate o incomplete può essere applicata a posteriori una riserva con effetto retroattivo.

4.2.4 Obblighi del contraente

Il contraente è tenuto a garantire che Sympany riceva tutte le informazioni necessarie sulla persona assicurata. Al momento dell'entrata nell'assicurazione, egli è tenuto a informare le persone assicurate circa le possibili limitazioni delle prestazioni in seguito a malattie e conseguenze di infortuni preesistenti.

5 Inizio, durata e cessazione del contratto di assicurazione

5.1 Inizio del contratto di assicurazione

L'assicurazione è valida a partire dalla data stipulata nella polizza di assicurazione. L'assicurazione può essere disdetta in qualsiasi momento, anche nel corso dell'anno civile.

5.2 Durata del contratto di assicurazione

Il contratto di assicurazione è concluso per la durata menzionata nella polizza di assicurazione. La durata minima del contratto è di un anno. Allo scadere della durata contrattuale concordata il contratto si intende tacitamente prolungato di un anno salvo disdetta dello stesso entro i termini stabiliti.

5.3 Cessazione del contratto di assicurazione

5.3.1 Disdetta

Il contratto di assicurazione può essere disdetto per iscritto da entrambe le parti contraenti per la fine di un anno civile, osservando un termine di disdetta di tre mesi. Il contratto di assicurazione potrà per la prima volta essere disdetto alla data di scadenza indicata sulla polizza di assicurazione.

5.3.2 Estinzione del contratto di assicurazione

Il contratto di assicurazione si intende estinto con effetto immediato in caso di

- a) interruzione dell'attività aziendale del contraente,
- b) trasferimento della sede aziendale all'estero,
- c) apertura di una procedura fallimentare nei confronti del contraente.

5.3.3 Risoluzione da parte di Sympany
Sympany non è vincolata al contratto e ha la possibilità di scioglierlo:

- a) in caso di cessazioni dell'attività in seguito a carenza di lavoro, scioperi, serrate, ecc. se il pagamento dei premi non è garantito. In caso di risoluzione, gli assicurati hanno il diritto di passare all'assicurazione individuale. Dopo il passaggio all'assicurazione individuale è l'assicurato ad essere responsabile del pagamento dei premi,
- b) se al momento della stipulazione del contratto di assicurazione il contraente non comunica correttamente o sottace circostanze o fattori di rischio rilevanti di cui era a conoscenza o di cui avrebbe dovuto essere a conoscenza, oppure se durante il periodo di validità del contratto di assicurazione non comunica correttamente o sottace fatti che escluderebbero o ridurrebbero l'obbligo di prestazione di Sympany.

6 Inizio, durata e cessazione della copertura assicurativa

6.1 Inizio della copertura assicurativa

La copertura assicurativa per lavoratori ha inizio il giorno dell'entrata in servizio presso il contraente, tuttavia non prima dell'inizio dell'assicurazione riportato nella polizza assicurativa. L'ammissione nell'assicurazione individuale avviene senza riserve e senza dichiarazione sullo stato di salute (copertura integrale). Sono assicurati anche danni alla salute preesistenti. Le persone non completamente abili al lavoro al momento dell'inizio dell'assicurazione oppure il giorno dell'entrata in servizio sono assicurate solo quando saranno di nuovo completamente abili al lavoro conformemente al loro contratto di lavoro.

Le persone che assicurano una somma salariale fissa devono richiedere individualmente l'ammissione all'assicurazione a mezzo di una domanda di affiliazione e una dichiarazione sullo stato di salute compilata. La copertura assicurativa (con l'esclusione di malattie e conseguenze di infortuni preesistenti ai sensi dell'art. 69 LAMal) inizia al momento del ricevimento della dichiarazione sullo stato di salute regolarmente compilata.

La copertura assicurativa per le persone che assicurano una somma salariale fissa e hanno richiesto il libero passaggio conformemente all'art. 70 LAMal ha inizio con il giorno della comunicazione

di avvenuto passaggio e a condizione che il certificato di libero passaggio venga trasmesso entro tre mesi dal momento in cui è stato presentato il motivo che ha scaturito il libero passaggio. Sono esclusi dalla copertura assicurativa gli eventuali disturbi oggetto di riserva da parte dell'assicuratore precedente. Le riserve dell'assicuratore precedente vengono mantenute da Sympany fino alla scadenza della rispettiva durata originaria.

Se in virtù di accordi sul libero passaggio gli assicurati hanno diritto a condizioni più favorevoli, quest'ultime hanno la priorità.

6.2 Fine della copertura assicurativa

Per la persona assicurata la copertura assicurativa termina

- a) con la risoluzione del rapporto di lavoro presso il contraente,
- b) con il pensionamento,
- c) in caso di continuazione dell'occupazione in età di pensionamento AVS al compimento del 70° anno di età,
- d) con l'esaurimento del diritto alle prestazioni,
- e) in caso di interruzione volontaria dell'attività lavorativa senza diritto allo stipendio, ad eccezione di interruzioni dell'attività lavorativa dovute a malattia, infortunio, maternità o servizi nell'esercito svizzero o nella protezione civile. Durante un congedo non retribuito l'assicurazione rimane valida fino a 210 giorni, a condizione che il rapporto di lavoro venga mantenuto. Per la durata prevista del congedo non retribuito non è previsto alcun diritto a prestazioni e non sono dovuti premi. Se la persona assicurata si ammala durante il congedo non retribuito, i giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa fino alla ripresa prevista del lavoro vengono detratti dal termine di attesa e dalla durata di prestazione. Valgono gli obblighi di cooperazione in caso di sinistro conformemente alle presenti CGA,
- f) con il decesso della persona assicurata,
- g) con la cessazione del contratto di assicurazione,
- h) durante la sospensione dell'obbligo di prestazione in seguito a ritardi nei pagamenti da parte del contraente,
- i) con la rinuncia al domicilio in Svizzera,
- j) con la perdita del permesso di lavoro della polizia degli stranieri senza probabilità di rinnovo,

- k) a seguito di decisione della cassa.
Qualora un assicurato adotti un comportamento abusivo o ingiustificabile così che per Sympany la prosecuzione del rapporto assicurativo non sia più ragionevolmente esigibile, allora egli può essere escluso dall'assicurazione, previo segnalazione di avvertimento, se
- nella richiesta di adesione o di passaggio non ha risposto in modo veritiero o completo alle domande o
 - intenzionalmente percepisce o tenta di percepire in modo illecito delle prestazioni o
 - non restituisce, dopo espressa richiesta, prestazioni percepite ingiustamente o se contribuisce a determinare il pagamento di prestazioni non dovute a terzi o
 - viola le presenti CGA in modo elementare.

L'esclusione viene comunicata all'assicurato mediante una decisione che può essere oggetto di impugnazione.

6.3 Passaggio all'assicurazione individuale

6.3.1 Diritto di passaggio

Ogni persona assicurata residente in Svizzera ha la possibilità di passare all'assicurazione individuale

- con l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate dell'assicurazione collettiva oppure
- con la cessazione del contratto di assicurazione.

Il diritto di passaggio deve essere rivendicato per iscritto entro tre mesi dal ricevimento dell'informazione sul diritto di passaggio. La copertura dell'assicurazione individuale inizia il giorno dopo l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate o dopo la cessazione del contratto di assicurazione. Valgono le condizioni e le tariffe dell'assicurazione individuale valide al momento del passaggio.

Restano riservate le disposizioni relative al prolungamento della copertura.

6.3.2 Obbligo di informazione del datore di lavoro
Al momento della cessazione del rapporto di lavoro o della fine del contratto di assicurazione il contraente è tenuto ad informare le persone assicurate sul diritto di passaggio e sul rispettivo termine. Se la persona assicurata riceve prestazioni di prolungamento della copertura è l'assicuratore a provvedere all'informazione dell'assicurato.

6.3.3 Prolungamento dell'assicurazione

Sympany garantisce le prestazioni assicurate al momento del passaggio alla persona che effettua il passaggio alle medesime condizioni e tariffe dell'assicurazione individuale. L'ammontare dell'indennità giornaliera corrisponde al reddito dell'attività lucrativa attuale o alla prestazione fornita dall'assicurazione contro la disoccupazione (AD) e comunque non può essere maggiore delle prestazioni fino a quel momento assicurate o dell'indennità giornaliera massima assicurabile con l'assicurazione individuale. Le persone che non esercitano un'attività lucrativa hanno la possibilità di assicurarsi fino all'ammontare della massima rendita AVS semplice. Per quanto riguarda i disoccupati si applica inoltre l'art. 73, cpv. 1 della LAMal.

6.3.4 Riserve e deduzione di prestazioni già percepite

- a) Le riserve esistenti vengono mantenute fino alla scadenza della durata di riserva di cinque anni.
- b) La precedente durata assicurativa e le prestazioni percepite da questa assicurazione collettiva e da precedenti enti assicurativi vengono detratte.

6.3.5 Esclusione del diritto di passaggio

Non sussiste alcun diritto di passaggio

- a) in caso di cambio di posto di lavoro presso un nuovo datore di lavoro e passaggio nella sua assicurazione per perdita di guadagno,
- b) se il contraente ha stipulato un nuovo contratto di assicurazione per questa cerchia di persone presso un altro assicuratore e, in virtù dell'accordo sul libero passaggio o dell'accordo tra gli assicuratori LAMal o della legge, questo nuovo assicuratore è tenuto a garantire la continuazione della copertura assicurativa,
- c) fino a quando vengono corrisposte prestazioni nell'ambito della prolungazione di copertura,
- d) quando la persona assicurata viene pensionata, al più tardi al raggiungimento dell'età di pensionamento AVS,
- e) se la persona assicurata ha il proprio domicilio all'estero (non si applica ai lavoratori frontalieri),
- f) dopo l'esaurimento della durata massima di prestazione.

7 Estensione della copertura assicurativa

7.1 L'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata

L'ammontare dell'indennità giornaliera assicurativa viene concordato tra il contraente e Sympany.

7.2 Base di calcolo

7.2.1 Ammontare del guadagno assicurato

L'indennità giornaliera si calcola come 365a parte del guadagno assicurato di un anno. L'indennità giornaliera calcolata viene corrisposta per ogni giorno civile. Le prestazioni di terzi vengono detratte (assicurazione danni).

7.2.2 Lavoratori dipendenti

La base di calcolo per la determinazione dell'indennità giornaliera è l'ultimo salario soggetto a contribuzione AVS percepito presso il contraente prima del verificarsi del caso assicurativo, inclusi gli elementi del salario non ancora versati che sono dovuti all'assicurato. Per le persone non soggette a contribuzione AVS anziché il salario AVS si considera il salario lordo concordato incluse le parti di salario non ancora versate cui ha diritto. Guadagni derivanti da altre attività non vengono considerati. Se il guadagno è soggetto a forti oscillazioni (ad es. provvigioni, partecipazioni agli utili, attività ausiliarie irregolari, ecc.), per il calcolo dell'indennità giornaliera il salario percepito negli ultimi dodici mesi prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa viene diviso per 365. Se il periodo precedente all'incapacità lavorativa è inferiore a dodici mesi, il calcolo dell'indennità giornaliera viene effettuato in maniera analoga. Eventuali adeguamenti del salario in seguito ad una modifica del grado di occupazione o di aumenti salariali generali vengono considerati solo se sono già stati concordati per contratto prima del verificarsi dell'incapacità lavorativa.

7.2.3 Persone con somma salariale fissa

La base di calcolo per le persone indicate nominalmente nella polizza di assicurazione è costituita dalle somme salariali fisse concordate in anticipo.

Per aumentare una somma salariale concordata è necessaria una nuova dichiarazione sullo stato di salute. Un'eventuale riserva riguarda solo l'aumento richiesto dell'assicurazione e vale per la durata massima di cinque anni.

7.3 Copertura massima

L'importo massimo del salario assicurato per persona e anno civile è limitato a CHF 250 000.

8 Prestazioni

8.1 Presupposti per avere diritto alle prestazioni

8.1.1 Malattia

È considerato come malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio, che richieda un esame o una cura medica e che provochi un'incapacità lavorativa.

8.1.2 Infortunio

Per infortunio si intende l'effetto dannoso improvviso e non intenzionale sul corpo umano di un fattore esterno straordinario che danneggia la salute fisica, mentale o psichica. Le malattie professionali e le lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio elencati nell'Ordinanza sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (OAINF) sono equiparate agli infortuni.

Le seguenti lesioni corporali, il cui elenco è definitivo, sono parificate a infortunio anche senza l'effetto di un fattore esterno straordinario e a condizione che non siano chiaramente causate da malattie o degenerazioni:

- a) fratture
- b) lussazioni di articolazioni
- c) lacerazioni del menisco
- d) lacerazioni muscolari
- e) stiramenti muscolari
- f) lacerazioni dei tendini
- g) lesioni dei legamenti
- h) lesioni del timpano

Non sono considerate lesioni corporali ai sensi del precedente capoverso i danni non imputabili a infortunio causati alle strutture applicate in seguito a malattia che sostituiscono una parte del corpo o una funzione fisiologica.

Sono parificate a infortunio le malattie professionali riconosciute come tali secondo la Legge sull'assicurazione contro gli infortuni.

8.1.3 Diritto all'indennità di maternità

Vengono versate prestazioni d'indennità giornaliera di maternità se l'assicurata è stata assicurata ai sensi della LAMal fino al giorno del parto per almeno 270 giorni senza interruzioni superiori a tre mesi

presso Sympany o altri assicuratori. Il diritto alla prestazione inizia il giorno del parto. L'assicurata ha diritto ad un'indennità giornaliera di maternità di 16 settimane. Le indennità giornaliere di maternità non vengono detratte dalla durata massima delle prestazioni.

Le indennità giornaliere di maternità vengono versate a complemento dell'indennità di maternità secondo LIPG e ridotte in caso di sovraindennizzo.

8.1.4 Incapacità lavorativa

Sussiste incapacità lavorativa se in seguito a malattia, infortunio o parto la persona assicurata non è in grado di svolgere totalmente o parzialmente un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile nella propria professione precedente o nel campo di attività precedente. In caso di incapacità lavorativa di durata superiore a 6 mesi viene presa in considerazione anche l'attività lavorativa esigibile in un'altra professione o campo d'attività.

Sussiste incapacità lavorativa parziale se l'incapacità lavorativa è pari ad almeno il 25 per cento.

8.1.5 Attestazione di incapacità lavorativa

Le prestazioni di indennità giornaliera presuppongono un'attestazione medica relativa all'incapacità lavorativa della persona assicurata. È possibile retrodatare una attestazione fino a tre giorni al massimo.

8.2 Estensione delle prestazioni

8.2.1 Informazioni generali

Le prestazioni vengono calcolate in base all'estensione convenuta delle prestazioni e alle presenti condizioni di assicurazione. L'indennità giornaliera viene versata dopo la scadenza del termine di attesa prevista dalla legge o dal contratto per la durata dell'incapacità lavorativa certificata dal medico.

8.2.2 Incapacità lavorativa parziale e assicurati disoccupati

1. In caso di incapacità lavorativa parziale, l'indennità giornaliera viene corrisposta proporzionalmente al grado di incapacità lavorativa. L'indennità giornaliera ridotta viene corrisposta per la durata di 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi. La copertura assicurativa per la capacità lavorativa residua viene mantenuta.

2. Gli assicurati disoccupati percepiscono in caso di incapacità lavorativa superiore al 50 per cento l'intera indennità giornaliera e in caso di incapacità lavorativa superiore al 25 per cento, ma inferiore al 50 per cento, l'indennità giornaliera dimezzata.

8.2.3 Indennità di parto

L'indennità di parto completa l'indennità di maternità secondo la Legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG). Non viene corrisposta se il rapporto di occupazione della persona assicurata termina prima del parto.

8.2.4 Soggiorno all'estero durante l'incapacità lavorativa

Se una persona assicurata inabile al lavoro che percepisce prestazioni da Sympany si reca all'estero senza previo consenso scritto da parte di Sympany, durante il periodo del soggiorno all'estero non ha diritto a prestazioni se Sympany non ha acconsentito precedentemente al soggiorno.

Tale limitazione non si applica per i frontalieri, i lavoratori distaccati all'estero e durante un ricovero ospedaliero all'estero necessario per ragioni mediche.

8.3 Durata delle prestazioni

8.3.1 Principio

L'indennità giornaliera viene corrisposta per una o più malattie per la durata di 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi. Valgono le eccezioni di cui ai punti da 8.3.2 a 8.3.7.

La prestazione ha inizio dopo la scadenza del termine di attesa stabilito dalla legge o convenuto. Il termine di attesa ha inizio con il primo giorno di incapacità lavorativa attestata dal medico, al più presto tre giorni prima del primo trattamento medico. Qualora nel contratto non venga espressamente stabilito se il termine di attesa deve essere detratto nuovamente per ogni caso assicurativo oppure solo una volta nell'arco di 365 giorni, il periodo di attesa viene calcolato per ogni caso assicurativo.

La ricomparsa di una malattia o delle conseguenze di un infortunio (ricaduta) si considera come nuovo caso assicurativo qualora dall'ultimo insorgere della medesima malattia o delle medesime conseguenze di infortunio la persona assicurata sia stata ininterrottamente abile al lavoro per la durata di

dodici mesi. Per tale valutazione è determinante il grado di occupazione nel momento in cui subentra la prestazione. Se sussiste un nuovo caso assicurativo, il termine di attesa stabilito dalla legge o convenuto viene nuovamente detratto. In caso di una ricaduta il termine di attesa non viene detratto un'altra volta.

Nel calcolo del termine di attesa e della durata delle prestazioni, i giorni di incapacità lavorativa parziale vengono considerati per intero.

L'assicurato non può impedire l'esaurimento del diritto alle prestazioni ai sensi del punto 1 rinunciando all'indennità di malattia prima della cessazione dell'incapacità lavorativa certificata dal medico.

8.3.2 Nuovo caso assicurativo

Se un assicurato che ha esaurito nell'assicurazione per perdita di guadagno la durata delle prestazioni di 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi ritorna ad essere pienamente abile al lavoro ha diritto in caso di malattia, purché abbia lavorato per tre mesi consecutivi al 100 per cento, all'indennità giornaliera di malattia assicurata per la durata in cui il datore di lavoro avrebbe dovuto corrispondergli il salario ai sensi dell'art. 324a del CO. Si veda in merito la tabella dell'art. 8.3.6 lettera f).

8.3.3 Copertura suppletiva

Coloro che al momento della risoluzione del rapporto di lavoro sono in tutto o in parte inabili al lavoro hanno diritto alle prestazioni fino al termine della malattia all'origine della copertura suppletiva, comunque al più tardi fino alla scadenza della durata delle prestazioni convenuta. Eventuali ricadute non danno diritto a ulteriori prestazioni.

Non si applica la copertura suppletiva

- a) quando un altro assicuratore deve garantire il proseguimento dei versamenti di indennità giornaliera in base ad un accordo sul libero passaggio,
- b) in caso di risoluzione del contratto di lavoro nel periodo di prova o in caso di impiego a tempo determinato,
- c) in caso di pensionamento,
- d) se il lavoratore risiede all'estero (ciò non si riferisce ai frontalieri).

In tal caso la copertura suppletiva termina allo scadere del contratto di assicurazione.

Se la copertura suppletiva decade, si applicano le disposizioni relative al passaggio all'assicurazione individuale.

8.3.4 Durata delle prestazioni per il parto

Se sussiste un diritto all'indennità di maternità secondo la Legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG), l'indennità giornaliera viene corrisposta dopo detrazione dell'indennità di maternità secondo LIPG per la durata massima di 112 giorni dal parto fino al limite di svoraindennizzo secondo l'art. 69 LPGA. Il diritto all'indennità di parto termina nel momento in cui l'assicurata riprende l'attività lavorativa prima della fine della durata della prestazione.

L'indennità di parto viene corrisposta senza deduzione di un termine di attesa e non viene effettuata alcuna deduzione dalla durata massima di prestazione concordata in caso di malattia e infortunio.

8.3.5 Durata delle prestazioni nell'età AVS

Per le persone assicurate che dopo aver raggiunto l'età AVS continuano a lavorare, il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste ancora complessivamente per 180 giorni, tuttavia al massimo fino al compimento del 70° anno di età.

Quanto sopra si applica anche al titolare di impresa e ai membri della sua famiglia che lavorano nell'impresa ma che non figurano nella contabilità salariale (coniugi, genitori, figli).

8.3.6 Durata di prestazione minima (secondo scala)

Vengono corrisposte prestazioni minime

- a) per i lavoratori assicurati impiegati temporaneamente,
- b) se la persona assicurata si ammala durante un soggiorno all'estero non professionale fino al ritorno in Svizzera, a meno che non sia ricoverata per cure ospedaliere,
- c) in caso di malattie e infortuni subentranti in seguito a eventi bellici il cui insorgere è avvenuto oltre 14 giorni prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa,
- d) per le conseguenze di eventi sismici e catastrofi naturali,
- e) per malattie epidemiche.
- f) Conformemente all'obbligo di continuazione della retribuzione del datore di lavoro, la durata della prestazione si basa sulla durata

del rapporto di lavoro nell'azienda assicurata secondo la seguente scala:
 da 3 a 12 mesi 3 settimane
 fino a 3 anni 9 settimane
 fino a 9 anni 13 settimane
 fino a 15 anni 17 settimane
 fino a 20 anni 22 settimane
 fino a 25 anni 27 settimane
 fino a 30 anni 31 settimane
 oltre 30 anni 36 settimane

Per i dimoranti temporanei che ogni anno ritornano a lavorare nell'azienda assicurata, la durata dell'occupazione si calcola tenendo conto dei mesi lavorati complessivamente nell'azienda.

8.3.7 Deduzione in caso di rilevamento contrattuale

In caso di rilevamento o di rinnovo contrattuale, le prestazioni già percepite presso precedenti enti assicurativi vengono dedotte dalla durata delle prestazioni.

8.4 Limitazione delle prestazioni

8.4.1 Esclusione di prestazioni

Non sussiste alcun diritto a prestazioni assicurative

- a) per le conseguenze di infortuni o malattie professionali coperte da un altro assicuratore,
- b) se l'attestazione relativa all'incapacità lavorativa è stata rilasciata da un medico o un chiropratico non riconosciuto da Sympany,
- c) in caso di partecipazione a eventi bellici, sommosse e azioni simili, nonché in caso di servizio militare estero,
- d) in caso di malattie e infortuni derivanti dalla partecipazione attiva ad azioni sovversive, risse e altre attività violente,
- e) se nonostante diffida il contraente non provvede al pagamento entro la scadenza del termine di diffida,
- f) al termine del contratto di assicurazione,
- g) durante un congedo non retribuito,
- h) se in maniera intenzionale la persona assicurata percepisce o tenta di percepire illecitamente delle prestazioni,
- i) in caso di lesioni alla propria salute cagionate intenzionalmente,
- j) in caso di danno alla salute in seguito a radiazioni ionizzanti,
- k) se durante l'incapacità lavorativa la persona assicurata lascia temporaneamente la Svizzera senza il consenso di Sympany, fino al momento del suo rientro in Svizzera.

8.4.2 Limitazione delle prestazioni

Le prestazioni possono essere ridotte:

- a) se la malattia o le conseguenze dell'infortunio sono solo in parte causa dell'incapacità lavorativa,
- b) se i danni alla salute sono da ricondurre a imprese rischiose, ovvero se la persona assicurata si espone a pericoli eccessivi senza aver adottato o potuto adottare adeguati provvedimenti per contenere i rischi entro limiti ragionevoli; sono escluse le operazioni di soccorso a persone; per impresa rischiosa ai sensi delle presenti disposizioni si considera in particolar modo la partecipazione a gare con veicoli a motore o anche soltanto a un relativo allenamento,
- c) se la persona assicurata si oppone ripetutamente e in maniera grave alle decisioni di Sympany oppure non si attiene alle prescrizioni mediche,
- d) se nonostante intimazione scritta i documenti necessari alla determinazione del diritto assicurativo non vengono presentati entro quattro settimane.

8.5 Obbligo di restituzione

Le prestazioni percepite ingiustamente o erroneamente devono essere restituite a Sympany.

8.6 Corresponsione delle prestazioni

8.6.1 Versamenti delle indennità giornaliera in caso di malattia e infortunio

L'indennità giornaliera viene versata sulla base del certificato medico non appena viene riacquisita la capacità lavorativa. Se l'incapacità lavorativa dura più di un mese, l'indennità giornaliera viene versata mensilmente in modo posticipato. Le prestazioni di indennità giornaliera vengono corrisposte al contraente per essere versate alla persona assicurata finché questa è occupata presso il contraente.

8.6.2 Versamento dell'indennità di parto

L'indennità di parto da versare all'assicurata viene corrisposta al contraente dopo il parto, una volta accertata la corresponsione delle prestazioni secondo la LIPG.

8.6.3 Compensazione

Sympany è legittimata a compensare prestazioni esigibili con crediti vantanti nei confronti del contraente.

La persona assicurata o il contraente non sono autorizzati a compensare dei premi con dei crediti vantanti.

8.6.4 Costituzione in pegno e cessione

La cessione e costituzione in pegno di prestazioni assicurative di Sympany non è consentito senza il suo consenso scritto.

8.6.5 Decadenza

Il diritto alle prestazioni del contraente o dell'assicurato nei confronti di Sympany si estingue cinque anni dopo la fine del mese per il quale la prestazione era dovuta.

9 Obbligo di cooperazione durante malattia o infortunio

9.1 Obblighi in caso di sinistro

Se un'incapacità lavorativa dà presumibilmente diritto a prestazioni assicurative

- a) la persona assicurata o il contraente è tenuto a notificarlo a Sympany entro cinque giorni con il modulo messo a disposizione. In caso di termine di attesa superiore a 21 giorni, la notifica deve avvenire al più tardi 30 giorni dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa. Insieme alla notifica occorre presentare a Sympany l'attestazione medica sul grado e sulla durata dell'incapacità lavorativa. Se la notifica avviene in ritardo senza valida giustificazione, Sympany corrisponde le prestazioni a partire dal giorno in cui riceve la notifica. Eventuali riduzioni del grado di incapacità lavorativa devono essere comunicate tempestivamente a Sympany. Se l'incapacità lavorativa dura più di un mese, la persona assicurata è tenuta a presentare ogni 4 settimane un'attestazione medica dell'incapacità lavorativa.
- b) occorre provvedere il prima possibile ad un trattamento medico appropriato. Le prescrizioni del medico devono essere rispettate.
- c) la persona assicurata è tenuta, su richiesta di Sympany, a sottoporsi a visite da parte di medici incaricati da Sympany. I rispettivi costi sono a carico di Sympany.
- d) su richiesta di Sympany o del contraente la persona assicurata è tenuta a consultare un medico già il primo giorno della incapacità lavorativa.
- e) la persona assicurata è tenuta a notificare presso l'ufficio competente un eventuale diritto a prestazioni secondo LAMal, LAI o LIPG non ancora accertato.

9.2 Obbligo di riduzione del danno

La persona assicurata è tenuta ad adottare tutti gli accorgimenti possibili per contenere le prestazioni.

La persona assicurata che presumibilmente rimarrà totalmente o parzialmente inabile nella sua professione originaria è tenuta a sfruttare la propria residua capacità al guadagno in un'altra professione o campo di attività oppure deve effettuare la notifica all'assicurazione contro la disoccupazione. Fissando un termine appropriato, Sympany chiede alla persona assicurata di adeguare l'attività precedente o di provvedere ad un cambio del posto di lavoro o della professione. Trascorso il termine transitorio è determinante ai fini del diritto all'indennità giornaliera il guadagno che l'assicurato può teoricamente ancora conseguire e se l'assicurato rimane inabile al lavoro nella sua professione o nel suo campo d'attività precedente.

La persona assicurata è tenuta a notificare all'AI un presunto diritto a prestazioni (rendita, riqualificazione, misure professionali). Se dopo la richiesta di Sympany la persona assicurata nega la notifica all'AI o la ritira, le prestazioni d'indennità giornaliere possono essere temporaneamente sospese.

9.3 Obbligo di informazione

In tutti i casi in cui viene fatto valere un diritto a prestazioni presso Sympany, la persona assicurata o il contraente è tenuto a mettere a disposizione di Sympany tutte le informazioni necessarie per la valutazione dell'obbligo di prestazione, dell'ammontare della prestazione o della sua durata.

La persona assicurata svincola i medici curanti e le altre persone mediche dal segreto professionale nei confronti di Sympany. All'occorrenza Sympany è legittimata a richiedere informazioni presso altri enti assicurativi.

La persona assicurata e il contraente informano immediatamente Sympany in merito a qualsiasi prestazione ricevuta da terzi in caso di malattia, infortunio e invalidità. Su richiesta, i conteggi eseguiti da questi soggetti terzi devono essere inoltrati a Sympany.

Il contraente è tenuto a imporre l'obbligo di informazione nei confronti della persona assicurata.

Sympany è legittimata a far verificare l'incapacità lavorativa e la perdita di guadagno non coperta e ad adottare all'evenienza adeguate misure di controllo.

9.4 Violazione dell'obbligo di cooperazione

Qualora la persona assicurata o il contraente violino ingiustificatamente gli obblighi stabiliti dalle presenti CGC, le prestazioni assicurative verranno temporaneamente o permanentemente ridotte nonché totalmente negate nei casi più gravi.

9.5 Imposta alla fonte

Qualora, per la corresponsione alla persona assicurata, le prestazioni di indennità giornaliera vengano versate al contraente, questi è garante del conteggio e del versamento dell'imposta alla fonte in conformità alle disposizioni di legge.

10 Premi

10.1 Calcolo dei premi

Determinante per il calcolo dei premi è la somma salariale lorda soggetta a contribuzione AVS conseguita nell'azienda assicurata che non può tuttavia essere superiore al guadagno massimo assicurabile concordato nella polizza per persona e anno. I salari lordi delle persone non soggette a contribuzione AVS sono parimenti determinanti per il calcolo dei premi.

Qualora per le persone indicate nominalmente nella polizza di assicurazione siano state stipulate in anticipo somme salariali fisse, sono quest'ultime a valere come basi di calcolo. I tassi assicurativi di premio sono regolati nella polizza di assicurazione.

10.2 Pagamento dei premi

10.2.1 Fatturazione e scadenze

La fatturazione degli acconti al contraente viene effettuata da Sympany trimestralmente, semestralmente o annualmente. I premi sono dovuti dal contraente in maniera anticipata e sono pagabili entro la scadenza indicata nella polizza di assicurazione. L'ammontare delle fatture di acconto è stabilito sulla base della somma salariale definitiva soggetta a contribuzione AVS dell'anno civile precedente o sulla base della somma salariale provvisoria preannunciata per l'anno prossimo.

10.2.2 Conteggio definitivo

Verso la fine dell'anno civile, Sympany trasmette al contraente un modulo per la dichiarazione. La dichiarazione della somma salariale compilata e la documentazione necessaria (dichiarazione AVS, elenchi del personale assicurato, conteggi salario, ecc.) vanno inoltrati dal contraente a Sympany entro la fine del primo mese dell'anno successivo.

Sulla base delle indicazioni ricevute, Sympany provvede ad effettuare il corrispondente conteggio definitivo e a stabilire i premi finali. Saldi inferiori a CHF 10 non vengono versati o rimborsati. Qualora il contraente non ottemperi all'obbligo di notifica attraverso la dichiarazione della somma salariale oppure qualora non fossero disponibili valori di riferimento per l'anno precedente, Sympany è legittimata a determinare il conteggio definitivo e i futuri importi delle fatture di acconto mediante apprezzamento.

10.2.3 Visione della contabilità salari

Sympany è legittimata a visionare la contabilità salari del contraente.

10.2.4 Rimborso premi

Qualora il premio sia stato pagato anticipatamente per una determinata durata contrattuale e il contratto di assicurazione venga disdetto per motivi contrattuali o legali prima della scadenza della durata contrattuale concordata, Sympany rimborsa il premio già corrisposto per il periodo di assicurazione non usufruito, rinunciando a richiedere il pagamento dei premi che giungerebbero a scadenza in seguito. Il premio relativo al periodo di assicurazione in corso è dovuto interamente se il contraente disdice il contratto e il contratto al momento dell'estinzione risulta in vigore da meno di un anno.

10.2.5 Ritardo nel pagamento

Se il pagamento dei premi non viene effettuato entro la scadenza concordata, il contraente viene diffidato e per il pagamento viene fissato un termine suppletivo di 14 giorni. Dopo la scadenza del termine di diffida decade l'obbligo di prestazione dell'assicuratore. Non appena i premi scoperti sono stati pagati, l'obbligo di prestazione dell'assicuratore si intende nuovamente in vigore.

Sympany è inoltre autorizzata, previo sollecito scritto, a recedere dal contratto senza rispettare il termine di disdetta previsto dal contratto.

10.3 Liberazione del pagamento in caso di sinistro

Le prestazioni d'indennità giornaliera non sono soggette a premi. Sono escluse da questa regolamentazione le persone assicurate indicate nominalmente nella polizza di assicurazione che non hanno assicurato la somma salariale lorda soggetta a contribuzione AVS ma dei montanti di salario fisso.

10.4 Adeguamento dei premi

È possibile adeguare i premi sulla base dell'andamento dei sinistri qualora le prestazioni superino il 75 per cento dei premi all'interno del periodo di riferimento. Come periodo di riferimento si intende l'anno civile in corso e almeno due anni civili precedenti, assicurati presso Sympany o un altro assicuratore. Gli adeguamenti dei premi vengono comunicati al contraente al più tardi 30 giorni prima della scadenza di un anno civile. Entro 30 giorni dalla comunicazione, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto di assicurazione con effetto dal momento dell'entrata in vigore. In assenza di disdetta, l'adeguamento dei premi si ritiene accettato.

10.5 Pandemia

Se in base all'Ufficio Federale della Sanità Pubblica è in atto una pandemia, Sympany è autorizzata ad adeguare le condizioni del contratto collettivo entro 30 giorni dalla comunicazione. Tali adeguamenti devono tenere in considerazione esclusivamente la specifica situazione di pandemia.

11 Prestazioni di terzi

11.1 Sussidiarietà

11.1.1 In generale

Se per un caso assicurativo per il quale sussiste un obbligo di prestazione da parte di Sympany la persona assicurata ha anche diritto, per legge o per contratto, a prestazioni di assicurazioni sociali, assicurazioni aziendali o di terzi responsabili, Sympany completa queste prestazioni nei limiti dei propri obblighi di prestazione fino al limite di sovraindennizzo ai sensi dell'art. 69 LPGa. Nessun obbligo di prestazione di Sympany sussiste secondo le presenti CGA per l'ammontare del diritto alle prestazioni nei confronti di terzi.

11.1.2 Pluralità di assicuratori

Se la persona assicurata riceve prestazioni da un'altra assicurazione di indennità giornaliera, Sympany fornisce le sue prestazioni in misura proporzionale.

Ciò vale anche se l'obbligo di prestazione degli altri assicuratori sussiste soltanto in modo sussidiario. Nel caso in cui esista già un'altra assicurazione di indennità giornaliera, Sympany è tenuta a fornire le sue prestazioni solo nella misura in cui non si dia luogo a un sovraindennizzo.

11.1.3 Rinuncia alle prestazioni

Se delle persone assicurate rinunciano senza il consenso di Sympany del tutto o in parte a prestazioni di terzi, l'obbligo di prestazione secondo le presenti CGA decade. È considerato come rinuncia anche la capitalizzazione di un diritto a prestazioni e la mancata rivendicazione di diritti nei confronti di terzi in particolare se onostante la richiesta di Sympany la persona assicurata non effettua la notifica presso l'assicurazione invalidità.

11.2 Prestazioni provvisorie e ricorsi

Sympany anticipa le prestazioni qualora, in caso di malattia o infortunio, l'obbligo di prestazione dell'assicurazione infortuni risulti incerto secondo la LAINF o l'Assicurazione militare svizzera. Presupposto perché ciò avvenga è che la persona assicurata abbia notificato il proprio diritto all'assicurazione sociale corrispondente.

Qualora la responsabilità del caso sia assunta da un altro soggetto, questi dovrà allora restituire a Sympany, entro i limiti dei propri obblighi, le prestazioni da essa anticipate.

11.3 Ovrassicurazione

11.3.1 Lavoratori dipendenti

Il concorso di prestazioni di terzi non deve dare luogo ad un sovraindennizzo della persona assicurata o del contraente. Il limite del sovraindennizzo corrisponde al guadagno venuto presumibilmente a mancare. Sympany riduce le proprie prestazioni fino al limite di sovraindennizzo. Ai fini del calcolo del termine di attesa, i giorni con prestazioni parziali o senza prestazioni a causa della riduzione per via del diritto a prestazioni di terzi vengono considerati come giorni interi. In caso di riduzione dell'indennità giornaliera per sovraindennizzo ai sensi dell'art. 78 della LAMal e dell'art. 69 della LPGa è riconosciuto il diritto a ricevere il valore corrispondente a 720 giorni di indennità giornaliera intera. I termini per la riscossione dell'indennità giornaliera si allungano proporzionalmente alla riduzione.

Se Sympany ha versato delle prestazioni, essa richiede pagamenti retroattivi da parte di assicurazioni sociali (in particolare dell'assicurazione invalidità) alla persona assicurata direttamente dall'assicurazione sociale in questione. L'importo richiesto per il rimborso corrisponde all'ammontare del sovraindennizzo.

11.3.2 Indennità giornaliera presso altri assicuratori
Il contraente è tenuto a comunicare immediatamente a Sympany eventuali assicurazioni di indennità giornaliera esistenti o appena concluse presso altri assicuratori.

12 Comunicazioni

Sympany trasmette le proprie comunicazioni alla persona assicurata o al contraente esclusivamente per iscritto. Eventuali modifiche essenziali ai fini dell'assicurazione, in particolare in riferimento alla composizione della cerchia delle persone assicurate, al CCL o alle disposizioni previste dalla LPP, dovranno essere comunicate per iscritto a Sympany entro 30 giorni.

13 Foro competente

13.1 Decisione

Qualora una persona assicurata o il contraente non concordi con la decisione di Sympany, entrambi hanno la facoltà di richiedere a Sympany una decisione scritta entro 30 giorni. Sympany è tenuta a fornire una decisione motivata, accompagnata da una indicazione dei rimedi giuridici.

13.2 Opposizione

1. Le decisioni di Sympany possono essere impugnate per iscritto entro 30 giorni dal ricevimento della decisione.
2. Sympany provvederà a motivare le decisioni su opposizione, indicando un avvertimento relativo ai rimedi giuridici.
3. Il procedimento di opposizione è gratuito; non sono rimborsate spese ripetibili.

13.3 Ricorso

Contro le decisioni su opposizione di Sympany è possibile inoltrare presso il tribunale delle assicurazioni competente un ricorso entro 30 giorni dalla notifica della decisione su opposizione.

