
Salary LAMal

Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Edizione settembre 2006 (versione 2013)

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni base SA

sanitas

Estensione dell'assicurazione

1 Basi del contratto

- 1 Formano le basi del contratto tutte le dichiarazioni scritte che la persona assicurata (la persona da assicurare) o il suo rappresentante indicano nella proposta d'assicurazione e in altri documenti, come pure i rapporti medici.
- 2 I diritti e gli obblighi delle parti contraenti sono fissati nella polizza, in eventuali aggiunte alla stessa, nelle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) e in eventuali Condizioni Particolari (CP).
- 3 La Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMa), la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e le rispettive Ordinanze sono la base legale delle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA).
- 4 In aggiunta alle basi legali di cui sopra fa stato il Codice delle obbligazioni (CO) a titolo sussidiario.
- 5 Il testo redatto in forma maschile vale per analogia anche per persone di sesso femminile.

2 Oggetto dell'assicurazione

La Sanitas Assicurazioni base SA (di seguito denominata Sanitas) assicura le conseguenze economiche dell'incapacità al lavoro in seguito a malattia, maternità e infortunio. Il rischio infortuni è incluso nell'assicurazione se figura sulla polizza.

3 Definizioni

- 1 È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda una visita o una cura medica e provochi un'incapacità al lavoro.
- 2 La maternità comprende la gravidanza e il parto come pure la successiva convalescenza della madre.
- 3 È considerata infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili a infortuni sono equiparate agli infortuni. Fanno stato le disposizioni della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).

- 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 ragionevolmente esigibili in un'altra professione o campo d'attività.
- 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 ai provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Prestazioni

4 Prestazioni in Svizzera

- 1 In caso di incapacità al lavoro della persona assicurata, scaduto il periodo d'attesa stabilito, Sanitas paga l'indennità giornaliera convenuta.
- 2 L'indennità giornaliera viene pagata per uno o più casi assicurativi durante al massimo 720 giorni nell'arco di 900 giorni. Il raggiungimento della durata massima delle prestazioni non può essere impedito rinunciando temporaneamente all'indennità giornaliera.
- 3 In caso di incapacità al lavoro parziale, durante il periodo riportato al paragrafo 2, la persona assicurata ha diritto a un'indennità giornaliera corrispondente al grado dell'incapacità al lavoro, se quest'ultima è almeno del 50%. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità al lavoro residua.
- 4 Se il grado dell'incapacità al lavoro dovesse cambiare durante l'indennità giornaliera in corso, le prestazioni vengono ridefinite con effetto dal giorno del cambiamento.
- 5 Se l'incapacità al lavoro è di almeno il 50%, ai fini del calcolo del periodo di attesa i relativi giorni contano per intero. A eccezione del periodo d'attesa di 2 giorni, il periodo d'attesa viene dedotto una sola volta nell'arco di un anno civile. I periodi d'attesa di 30 e più giorni vengono detratti dalla durata massima di prestazioni.
- 6 Nell'ambito delle regolamentazioni legali, in caso di maternità viene corrisposta l'indennità giornaliera durante 16 settimane; questa non viene tuttavia dedotta dalla durata del diritto a prestazioni.
Tale diritto sussiste al più presto 2 settimane prima del parto. Incapacità al lavoro a seguito di complicazioni durante la gravidanza sono parificate alle malattie ai sensi della cifra 3, cpv. 1 e non vengono dedotte dalla durata delle prestazioni di 16 settimane.

- 7 A persone assicurate disoccupate ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (LADI), viene corrisposta l'intera indennità giornaliera in caso di un'incapacità al lavoro superiore al 50%.

5 Prestazioni all'estero

- 1 Se l'incapacità al lavoro subentra durante un soggiorno all'estero, il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste solo durante una degenza ospedaliera.
- 2 Non vengono corrisposte indennità giornaliere se una persona assicurata avente diritto a prestazioni d'indennità giornaliera si reca all'estero senza il consenso di Sanitas.

6 Sovrindennizzo

- 1 Le prestazioni d'indennità giornaliera non devono provocare un sovrindennizzo ai sensi dell'art. 69 LPG. Se in seguito a un sovrindennizzo viene corrisposta un'indennità giornaliera ridotta, la durata delle prestazioni si prolungherà al massimo finché queste corrisponderanno all'importo totale del versamento in caso di pagamento integrale dell'indennità giornaliera. Fanno eccezione le prestazioni in caso di maternità che vengono versate al massimo durante 16 settimane.
- 2 In caso di diritto all'indennità di maternità secondo la Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità (LIPG), Sanitas decurta le sue prestazioni d'indennità giornaliera ai sensi della cifra 4, cpv. 6 dell'art. 69 LPG. La persona assicurata deve inoltrare a Sanitas le copie dei conteggi della cassa di compensazione responsabile per l'indennità di maternità.

Limitazioni dell'estensione dell'assicurazione

7 Perdita del diritto a prestazioni

Non vengono pagate prestazioni d'indennità giornaliera

- per malattie e postumi d'infortuni che sono o sarebbero stati oggetto di una riserva e pertanto esclusi dall'assicurazione, se la persona assicurata non li avesse tacuiti;
- per malattie e infortuni causati da servizio militare all'estero;
- a titolo di compensazione di decurtazioni di prestazioni da altre assicurazioni.

8 Decurtazione o rifiuto di prestazioni

Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono decurtate o, in caso di eventi di particolare gravità, rifiutate:

- se un evento assicurativo viene cagionato intenzionalmente o per negligenza grave, a meno che la persona assicurata non abbia agito in uno stato di parziale o totale incapacità di discernimento;
- in caso di malattie e infortuni in seguito a baruffe, disordini, atti bellici, atti terroristici e crimini di qualsiasi genere come pure alle misure prese per combatterli, a meno che la persona assicurata non sia stata ferita, anche se non coinvolta, oppure stesse prestando aiuto a una persona indifesa;
- in caso di partecipazione ad atti temerari. In tale contesto sono però assicurati atti di salvataggio di persone, anche quando sono da considerare quali atti temerari.

Quali «atti temerari» sono intese quelle azioni con le quali la persona assicurata si espone a pericoli particolarmente gravi senza premunirsi o potersi premunire per ridurre il rischio a proporzioni ragionevoli.

9 Prestazioni di terzi

- 1 Le persone assicurate sono tenute a informare immediatamente Sanitas su ogni prestazione di terzi (p.es. assicurazione infortuni, responsabilità civile, militare o invalidità) e su eventuali accordi di indennità unica, sempre che Sanitas debba erogare prestazioni per lo stesso caso assicurativo.
- 2 Se Sanitas eroga prestazioni al posto di terzi, gli assicurati devono cedere a Sanitas i loro diritti nella misura dell'obbligo di prestazioni.
- 3 Accordi stipulati dagli assicurati con terzi non sono vincolanti per Sanitas.

Obblighi e giustificazione del diritto

10 Obblighi generali

- 1 La persona assicurata è obbligata ad attenersi alle prescrizioni dei medici o di altri fornitori di prestazioni e a fare il possibile per porre termine alla sua incapacità al lavoro.
- 2 La persona assicurata è in particolare obbligata a sottoporsi alle cure e alle misure d'integrazione nel mondo del lavoro ragionevolmente esigibili, purché da ciò possa risultare un notevole miglioramento della capacità di guadagno o una nuova possibilità di guadagno.

11 Giustificazione del diritto

- 1 L'incapacità al lavoro deve essere comunicata a Sanitas entro 6 giorni dallo scadere del periodo d'attesa. In aggiunta deve essere inoltrato l'originale di un certificato medico di incapacità al lavoro con indicazione del grado.
- 2 In caso d'invio tardivo del certificato medico attestante l'incapacità al lavoro, il diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera decorre al più presto dalla sua ricezione.
- 3 Su richiesta di Sanitas la perdita di guadagno subita deve essere comprovata per iscritto.
- 4 Se si fa valere il diritto a prestazioni d'indennità giornaliera in seguito a infortunio, si deve inoltrare a Sanitas il formulario di notifica d'infortunio.

12 Cessione e costituzione in pegno di prestazioni

La persona assicurata può cedere o impegnare i suoi diritti verso Sanitas solo previo suo consenso.

13 Violazione di obblighi

Se, in caso di sinistro, la persona assicurata viola i suoi obblighi nei confronti di Sanitas, le prestazioni possono essere decurtate o rifiutate.

Inizio e fine dell'assicurazione

14 Condizioni d'ammissione

- 1 Con la firma della proposta, la persona da assicurare autorizza i medici da lei consultati, gli assicuratori precedenti e altri enti assicurativi a fornire a Sanitas e ai suoi medici di fiducia le informazioni sullo stato di salute o sul decorso di una malattia o di un infortunio necessarie per l'esame della proposta d'assicurazione e per la definizione delle prestazioni.
- 2 Se le informazioni richieste per l'assicurazione d'indennità giornaliera non pervengono a Sanitas entro 3 mesi, la proposta sarà ritenuta nulla.
- 3 Sanitas può ordinare una visita medica, i cui costi vanno a carico del contraente (pagante i premi). Il medico può essere co-designato da Sanitas.

- 4 Con l'applicazione di riserve, Sanitas può escludere dall'assicurazione le malattie e i postumi d'infortunio esistenti all'ammissione. Ciò vale anche per malattie sofferte in precedenza o per postumi d'infortuni che per esperienza sono soggetti a ricaduta. La riserva spira al più tardi dopo cinque anni. Prima di questo termine la persona assicurata può fornire la prova che una riserva non è più giustificata.
- 5 Se, al momento della stipulazione del contratto, la persona assicurata ha dichiarato in modo inesatto o taciuto un fatto rilevante (malattie e postumi d'infortuni esistenti o esistenti) di cui era o avrebbe dovuto essere a conoscenza, Sanitas può applicare una riserva retroattiva entro 4 settimane dal momento in cui ne è venuta a conoscenza. Viene richiesta la restituzione di tutte le prestazioni in relazione con questa riserva versate dall'inizio del contratto.
- 6 Se si dispone di un domicilio o si esercita un'attività lucrativa in Svizzera, l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo LAMal può essere stipulata dopo il compimento del 15° e fino al 65° anno d'età. Per nuove stipulazioni può essere assicurata soltanto un'indennità giornaliera di CHF 10.-. Fanno eccezione accordi speciali nelle assicurazioni collettive.

15 Inizio dell'assicurazione

La copertura assicurativa inizia con la data convenuta nella polizza o nella conferma d'accettazione.

16 Modifiche del contratto

- 1 Per modifiche del contratto la persona assicurata deve inoltrare una nuova proposta. Fanno stato le disposizioni della cifra 14 delle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA).
- 2 Indipendentemente dal loro stato di salute, le persone assicurate disoccupate ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (LADI), possono trasformare la loro assicurazione d'indennità giornaliera esistente, mantenendo lo stesso importo, in un'assicurazione con un periodo d'attesa di 30 giorni. Il premio viene adeguato di conseguenza.

17 Sospensione

Per la persona assicurata soggetta all'assicurazione militare (AM) per oltre 60 giorni consecutivi, l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo LAMal viene sospesa. La comunicazione a Sanitas deve avvenire almeno 8 settimane prima dell'inizio dell'obbligo di servizio. In caso di comunicazione tardiva la sospensione avviene per il prossimo termine possibile, al più tardi però 8 settimane dalla ricezione della stessa. Sanitas compensa i premi pagati in anticipo con i premi futuri o li rimborsa. Dal canto loro, le persone assicurate hanno l'obbligo di comunicare a Sanitas un'eventuale conclusione anticipata del servizio. La durata della sospensione si riduce di conseguenza.

18 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione spira:

- in caso di disdetta da parte della persona assicurata secondo la cifra 19 delle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA);
- in caso di abbandono del domicilio o dell'attività lucrativa in Svizzera;
- al raggiungimento delle prestazioni massime secondo la cifra 4 delle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA);
- in caso di decesso.

19 Licenziamento

- 1 La persona assicurata può disdire l'assicurazione per il 31 dicembre osservando un termine di disdetta di 3 mesi.
- 2 Osservando un termine di 1 mese, la disdetta può essere inoltrata per la fine del mese che precede l'entrata in vigore di un nuovo premio comunicato. Di regola, una tale comunicazione avviene per il 1° gennaio.
- 3 In caso di passaggio a un'assicurazione d'indennità giornaliera del datore di lavoro o di cessazione dell'attività lucrativa, l'assicurazione può essere disdetta per la fine del mese.

Premi

20 Pagamento dei premi e scadenza

- 1 I premi sono esigibili il 1° giorno del mese di riferimento. I pagamenti possono essere effettuati a scadenze annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno assicurativo inizia il 1° gennaio. Se la fatturazione viene inviata a un indirizzo all'estero, sono consentiti solo pagamenti di premi annuali, semestrali o trimestrali.
- 2 In caso di scioglimento prematuro del contratto, vengono restituiti i premi relativi al periodo assicurativo non scaduto.
- 3 La persona assicurata non può compensare premi dovuti con prestazioni pendenti.

21 Diffida e conseguenze della mora

- 1 Se i premi dovuti non vengono pagati entro il termine utile, Sanitas esorta la persona assicurata a effettuare il pagamento entro 14 giorni dall'invio della diffida, richiamando le conseguenze della mora. Se la diffida rimane senza seguito, Sanitas recede dal contratto rinunciando ai premi arretrati oppure riscuote il premio, tasse di diffida, interessi di mora e costi di esecuzione inclusi, adendo le vie legali.
- 2 Entro 4 mesi dalla scadenza del termine di diffida, la persona assicurata può richiedere per iscritto la rimessa in vigore del contratto senza un nuovo esame del rischio. Essa deve impegnarsi a pagare tutti gli importi arretrati per intero e senza interruzione. In questo caso, il diritto a prestazioni sussiste per casi assicurativi a partire dal giorno in cui il pagamento perviene a Sanitas. La richiesta può essere respinta senza dover motivare tale decisione.
- 3 Per diffide ed esecuzioni Sanitas fattura tasse e interessi di mora appropriati.

Disposizioni varie

22 Accettazione della polizza

Se il contenuto della polizza o delle aggiunte alla stessa non corrisponde agli accordi presi, il contraente deve richiederne la rettifica entro 4 settimane dalla ricezione della polizza. In caso contrario, il contenuto si ritiene accettato.

23 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Sanitas garantisce l'osservanza della protezione dei dati conformemente alle prescrizioni della vigente legislazione svizzera in materia, in particolare della Legge sulla protezione dei dati.
- 2 Nell'ambito delle disposizioni legali Sanitas ha il diritto di raccogliere le informazioni necessarie per l'esercizio dell'assicurazione, di registrarle elettronicamente e di delegare l'elaborazione delle stesse a terzi.

24 Versamento di prestazioni

- 1 Sanitas versa le prestazioni su un conto postale o bancario. Se viene richiesto il versamento mediante altri mezzi di pagamento, Sanitas può esigere un indennizzo per i costi supplementari causati. I versamenti avvengono all'indirizzo in Svizzera o a indirizzi in Stati dell'UE o AELS, purché Basic sia inclusa nella stessa polizza d'assicurazione.
- 2 Sanitas può compensare le prestazioni con i suoi crediti nei confronti della persona assicurata.

25 Cambi di nome e d'indirizzo/recapito di contatto

- 1 I cambi di nome, d'indirizzo e del recapito di contatto devono essere notificati per iscritto a Sanitas entro un termine di 30 giorni. Le comunicazioni inviate all'ultimo indirizzo notificato sono in ogni caso legalmente valide.
- 2 Per soggiorni all'estero di durata superiore a tre mesi, a Sanitas deve essere comunicato un recapito di contatto in Svizzera. Ciò non vale per trasferimenti del domicilio di diritto civile in uno Stato dell'UE o AELS, purché Basic sia inclusa nella stessa polizza d'assicurazione.

26 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

Le modifiche delle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) e altre informazioni vincolanti vengono comunicate alla persona assicurata per iscritto o pubblicandole nella rivista per i clienti.

27 Vie di ricorso

- 1 Se una persona assicurata non è d'accordo con una decisione di Sanitas, ha 90 giorni di tempo per richiedere a Sanitas che le rilasci entro 30 giorni una decisione formale scritta con indicazione dei motivi e dei rimedi giuridici.
- 2 La decisione formale può essere impugnata entro 30 giorni facendo opposizione presso Sanitas. Sanitas esamina questa opposizione e rilascia una decisione su opposizione scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.
- 3 Contro la decisione su opposizione di Sanitas si può interporre ricorso entro 30 giorni presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni. È competente il Tribunale delle assicurazioni nel Cantone di domicilio della persona assicurata, rispettivamente del terzo interponente.
- 4 Il ricorso può essere interposto anche se Sanitas, nonostante abbia ricevuto una rispettiva richiesta, non rilascia alcuna decisione o decisione su opposizione.
- 5 Contro la sentenza di un Tribunale cantonale delle assicurazioni può essere interposto ricorso di diritto amministrativo presso il Tribunale federale delle assicurazioni secondo la Legge federale sull'organizzazione giudiziaria.

