
Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera

secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Informazioni di carattere generale Condizioni d'assicurazione (CGA)

Edizione gennaio 2017 (versione 2017)

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni base SA

sanitas

In generale

1 Contenuto

- 1 Conformemente alle disposizioni legali, l'Assicurazione d'indennità giornaliera copre le conseguenze economiche derivanti da incapacità al lavoro dovuta a malattia, gravidanza o infortunio. La copertura infortuni può essere esclusa.
- 2 L'indennità giornaliera pattuita e il periodo d'attesa sono indicati nella polizza.

2 Basi legali

La presente assicurazione è disciplinata dalle disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), nonché della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e dalle relative disposizioni esecutive.

3 Somme massime assicurate

Le somme massime assicurabili sono stabilite da Sanitas.

Definizioni

4 Incapacità al lavoro

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 Malattia / maternità

- 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 La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.

6 Infortunio

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 o provochi la morte.

Rapporto assicurativo

7 Persona assicurata

È assicurata la persona specificata nella polizza.

8 Proposta d'assicurazione

Per l'ammissione all'assicurazione o per le modifiche della stessa occorre compilare integralmente e in modo veritiero l'apposito formulario di proposta, che deve essere inviato a Sanitas.

9 Visita medica d'ammissione

- 1 Prima di accettare la persona da assicurare, Sanitas può chiedere un rapporto medico o prescrivere una visita medica.
- 2 Sanitas può inoltre prescrivere una visita da un medico di fiducia da essa scelto. Se la persona da assicurare rifiuta di sottoporsi a una tale visita, per Sanitas non sussiste alcun obbligo di prestazioni.

10 Ammissione con riserva

- 1 Le malattie e i postumi d'infortunio che esistono già al momento della presentazione della proposta o che per esperienza sono soggetti a ricadute possono essere esclusi dalla copertura con un'apposita riserva al momento della stipulazione dell'assicurazione.
- 2 La riserva vale dall'inizio dell'assicurazione e decade dopo 5 anni.
- 3 Prima della scadenza del termine di 5 anni, la persona assicurata può fornire a sue spese la prova che la riserva non è più giustificata.
- 4 Se la persona assicurata ha fornito nella proposta indicazioni non vere o incomplete su malattie o postumi d'infortunio, Sanitas può apporre una riserva con effetto retroattivo.

11 Libero passaggio

- 1 Le disposizioni concernenti l'esame dello stato di salute (cifre 9 e 10) non valgono per le persone che, nei limiti dell'assicurazione precedente, possono far valere per legge il diritto di passaggio all'assicurazione d'indennità giornaliera di Sanitas (libero passaggio ai sensi della legge). La persona assicurata deve far valere il diritto di libero passaggio previsto dalla legge entro 3 mesi da quando ne è stata informata dall'assicuratore o dal datore di lavoro precedenti.
- 2 Le riserve apposte da precedenti assicuratori malattia rimangono in vigore e le prestazioni percepite vengono considerate nel computo della durata delle prestazioni.

12 Inizio dell'assicurazione

- 1 L'assicurazione decorre dal 1° del mese successivo alla data della firma della proposta, a condizione che quest'ultima sia precedentemente pervenuta a Sanitas.
- 2 Per le persone che possono far valere per legge il diritto di libero passaggio secondo la cifra 11, l'assicurazione ha inizio al verificarsi dell'evento che dà diritto al libero passaggio, a condizione che l'assicuratore o il datore di lavoro precedenti abbiano comunicato per tempo il diritto al libero passaggio e la conferma dell'assicuratore precedente sia stata presentata entro 3 mesi.

13 Modifica dell'assicurazione

- 1 È possibile chiedere per iscritto l'aumento dell'indennità giornaliera assicurata, con validità dal 1° del mese successivo alla data di presentazione della richiesta. Si applicano per analogia le disposizioni concernenti la stipulazione dell'assicurazione e in particolare le cifre 8-10.
- 2 La persona assicurata può chiedere per iscritto la riduzione dell'assicurazione alla fine del mese.

14 Trasformazione dell'assicurazione in caso di disoccupazione

Entro 30 giorni dalla notifica all'assicurazione contro la disoccupazione, indipendentemente dallo stato di salute, gli assicurati disoccupati possono trasformare l'assicurazione d'indennità giornaliera in corso in un'assicurazione con un periodo d'attesa di 30 giorni, mantenendo invariata l'entità delle prestazioni.

15 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione cessa:

- con la rinuncia al domicilio di diritto civile in Svizzera; per i frontalieri con l'abbandono dell'attività lavorativa in Svizzera;
- con la disdetta dell'assicurazione;
- con il verificarsi dell'evento che dà diritto per legge al libero passaggio;
- con l'esclusione dell'assicurato;
- al raggiungimento della durata massima prevista per le prestazioni in caso di totale incapacità lavorativa;
- con il decesso dell'assicurato.

16 Licenziamento

- 1 La persona assicurata può disdire l'assicurazione per la fine di un semestre di un anno civile osservando un termine di disdetta di 3 mesi.
- 2 Quando viene comunicata una modifica dei premi, la persona assicurata può disdire l'assicurazione, mediante preavviso di un mese, per la fine del mese precedente l'entrata in vigore del nuovo premio. Una volta ricevuta l'approvazione dell'ufficio federale competente, Sanitas comunica il nuovo premio con almeno 2 mesi di anticipo.
- 3 La persona assicurata può disdire l'assicurazione per la fine di un mese qualora debba passare a un'assicurazione d'indennità giornaliera prevista dal datore di lavoro.
- 4 La disdetta è valida solo se inviata per iscritto e se perviene a Sanitas prima dell'inizio del relativo termine di disdetta.

17 Esclusione

- 1 La persona assicurata può essere esclusa dall'assicurazione se si comporta in modo illecito, se sussistono motivi gravi e non giustificabili, nonché se la prosecuzione dell'assicurazione è divenuta inaccettabile per Sanitas.
- 2 In particolare, sussistono motivi gravi quando la persona assicurata
 - fornisce indicazioni false o incomplete nella proposta d'assicurazione;
 - non rispetta i propri impegni finanziari, nonostante i solleciti;
 - ricorre o cerca di ricorrere alle prestazioni di Sanitas in modo illecito.

Prestazioni

18 Diritto a prestazioni

- 1 Il diritto all'indennità giornaliera sorge quando la persona assicurata, secondo l'attestazione del medico, è parzialmente o totalmente inabile al lavoro. Tale diritto può essere fatto valere al più presto nei 5 giorni precedenti alla prima cura medica.
- 2 In caso d'incapacità al lavoro parziale, l'indennità giornaliera viene calcolata in base al grado dell'incapacità stessa. Il diritto a prestazioni non sussiste se il grado d'incapacità al lavoro è inferiore al 50%. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità al lavoro residua.
- 3 Se la causa dell'incapacità al lavoro è solo parzialmente attribuibile a una malattia assicurata o a un infortunio assicurato, viene corrisposta soltanto una parte proporzionale dell'indennità giornaliera convenuta. Detta parte viene stabilita sulla base di un certificato medico o di una perizia medica.
- 4 In caso d'infortunio, se è stata stipulata l'apposita copertura, vengono fornite le stesse prestazioni previste per i casi di malattia.

19 Periodo d'attesa

- 1 Se è stato convenuto un periodo d'attesa, per il relativo periodo non viene versata alcuna indennità giornaliera. Il periodo d'attesa decorre dal momento in cui sorge il diritto all'indennità, come previsto dalla cifra 18.1.
- 2 Se l'incapacità al lavoro è di almeno il 50%, ai fini del calcolo del periodo di attesa i relativi giorni contano per intero.
- 3 Il periodo d'attesa viene conteggiato una sola volta nell'arco di 365 giorni.

20 Durata delle prestazioni

- 1 L'indennità giornaliera assicurata viene pagata per uno o più casi assicurativi (malattie o infortuni) durante al massimo 730 giorni nell'arco di 900 giorni.
- 2 Qualora venga corrisposta un'indennità giornaliera ridotta in caso d'incapacità al lavoro parziale, ai fini del calcolo della durata delle prestazioni i relativi giorni contano per intero.
- 3 Dalla durata massima delle prestazioni viene dedotto il periodo d'attesa indicato nella polizza qualora lo stesso ammonti ad almeno 30 giorni e sussista l'obbligo di pagamento continuato del salario da parte del datore di lavoro.
- 4 La persona assicurata non può impedire il raggiungimento della durata massima delle prestazioni rinunciando alle stesse.

21 Estinzione del diritto a prestazioni

Il diritto a prestazioni (comprese le prestazioni per l'incapacità al lavoro in corso) si estingue con la fine dell'assicurazione.

22 Sovrindennizzo

- 1 Dalla somma delle prestazioni pattuite nell'ambito della presente assicurazione d'indennità giornaliera e delle prestazioni di altri assicuratori sociali non deve derivare un sovrindennizzo della persona assicurata. Per il calcolo del sovrindennizzo sono considerate soltanto le prestazioni di medesima natura e scopo fornite alla persona assicurata in conseguenza dell'evento dannoso.
- 2 Si ha sovrindennizzo se le prestazioni assicurative superano il guadagno di cui la persona assicurata è stata presumibilmente privata in seguito all'evento assicurato, inclusi i costi supplementari generati dallo stesso evento ed eventuali perdite di guadagno subite da familiari.
- 3 Le prestazioni vengono ridotte dell'importo del sovrindennizzo.
- 4 Se la persona assicurata ha stipulato un'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal presso altri assicuratori malattia, si applica il limite di sovrindennizzo di cui alla cifra 22.2. Se le prestazioni devono essere ridotte, ogni assicuratore è tenuto a versare un importo corrispondente al rapporto tra l'indennità da esso assicurata e la somma complessiva delle indennità assicurate.
- 5 In caso di decurtazione dell'indennità giornaliera in seguito a sovrindennizzo, la persona assicurata ha diritto al controvalore di 730 indennità giornaliere intere. Di conseguenza, i termini per la percezione dell'indennità giornaliera vengono prolungati a seconda della riduzione.

23 Disoccupazione

Ai disoccupati viene corrisposta la metà dell'indennità giornaliera in caso d'incapacità al lavoro del 50% oppure l'intera indennità in caso d'incapacità al lavoro superiore al 50%.

24 Maternità

- 1 In caso di gravidanza e di parto viene corrisposta per 16 settimane l'indennità giornaliera convenuta, a condizione che, il giorno del parto, la relativa assicurazione sia in corso da almeno 270 giorni, senza interruzioni superiori a 3 mesi. Ciò vale anche per prestazioni più elevate convenute dopo l'inizio dell'assicurazione.

- 2 L'indennità giornaliera viene versata se la gravidanza è durata almeno 28 settimane, anche nel caso in cui il neonato non fosse in vita. Delle 16 settimane in cui vengono versate le indennità giornaliere, almeno 8 devono essere dopo il parto.
- 3 La durata del versamento delle prestazioni di 16 settimane viene ridotta del periodo d'attesa indicato nella polizza, fermo restando quanto disposto alla cifra 19.3.
- 4 Le prestazioni in caso di maternità non vengono considerate nel calcolo della durata massima delle prestazioni e vengono corrisposte anche dopo il raggiungimento della stessa.

25 Prestazioni all'estero

- 1 In caso d'incapacità al lavoro durante un soggiorno all'estero, l'indennità viene corrisposta soltanto durante la degenza in un ospedale del Paese di soggiorno. Per trasferimenti e cure in Paesi terzi non viene riconosciuto alcun diritto a prestazioni.
- 2 Le prestazioni non vengono versate se la persona assicurata:
 - si reca all'estero mentre è inabile al lavoro;
 - si reca all'estero per trattamenti, cure o parto.

26 Limitazioni di prestazioni

L'indennità giornaliera viene ridotta o, in casi particolarmente gravi, rifiutata:

- se la malattia o l'infortunio è stato cagionato o aggravato intenzionalmente o in occasione del compimento intenzionale di un crimine o un delitto;
- se la persona assicurata non osserva i suoi obblighi di cui alle cifre 27, 32 e 33, nonostante sia stata richiamata la sua attenzione sulle relative conseguenze giuridiche.

27 Prestazioni di terzi

- 1 La persona assicurata che ha stipulato un'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal anche presso un altro assicuratore malattia deve informarne Sanitas al più tardi al verificarsi di un evento assicurato.
- 2 La persona assicurata deve informare Sanitas in merito alla natura e all'entità delle prestazioni per malattia o infortunio su cui può vantare un diritto o che le vengono corrisposte in seguito ad atto illecito o per legge.
- 3 Se la persona assicurata ha diritto alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità (AI), contro gli infortuni (LAINF) oppure dell'assicurazione militare (AM), Sanitas versa le prestazioni solo in via sussidiaria rispetto alle assicurazioni sociali summenzionate.

- 4 Sanitas versa le prestazioni soltanto se l'evento assicurato è stato notificato tempestivamente alla relativa assicurazione sociale.
- 5 Se è in corso presso un altro assicuratore un'analoga assicurazione d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, in caso di sovrindennizzo Sanitas riduce l'indennità giornaliera in misura proporzionale alla copertura in corso presso l'altro assicuratore.
- 6 Nei confronti di terzi tenuti a rispondere di un evento assicurato, Sanitas subentra nei diritti della persona assicurata dal momento in cui si verifica l'evento e fino all'ammontare delle prestazioni corrisposte.
- 7 Se un altro assicuratore malattia, assicuratore infortuni o assicuratore sociale riduce le proprie prestazioni per motivi che autorizzerebbero anche Sanitas ad operare una riduzione, quest'ultima non indennizzerà la perdita subita dalla persona assicurata in seguito alla riduzione effettuata dagli altri assicuratori.
- 8 Se prima dell'inizio dell'assicurazione presso Sanitas la persona assicurata subisce un infortunio e riceve un'indennità in capitale da parte di un terzo con obbligo di prestazioni (per atto illecito, per legge o per contratto), non sussiste alcun obbligo di prestazioni da parte di Sanitas per le conseguenze di detto infortunio, neppure dopo la cessazione di un'eventuale riserva. Questa disposizione si applica per analogia anche in caso di malattia.

28 Compensazione delle prestazioni e obbligo di rimborso

- 1 Sanitas può compensare le proprie prestazioni con i suoi crediti nei confronti della persona assicurata. A quest'ultima non spetta alcun diritto di compensazione.
- 2 Eventuali prestazioni indebitamente ricevute dalla persona assicurata devono essere restituite a Sanitas.

29 Divieto di cessione e di costituzione in pegno

I diritti nei confronti di Sanitas non possono essere né ceduti né costituiti in pegno.

30 Versamento delle prestazioni

Se il versamento delle prestazioni deve essere effettuato direttamente alla persona assicurata, quest'ultima è tenuta a comunicare a Sanitas un indirizzo valido in Svizzera. Sono fatte salve le regolamentazioni speciali nell'ambito degli accordi bilaterali sulla libera circolazione delle persone. I versamenti sono effettuati in franchi svizzeri.

31 Estinzione del diritto a prestazioni

Il diritto a prestazioni si estingue 5 anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione.

Obblighi e giustificazione del diritto

32 Obbligo di collaborazione e obbligo di notifica

- 1 La persona assicurata deve fornire la prova della perdita di guadagno non coperta o del valore della prestazione lavorativa che non ha potuto fornire. A tale proposito, deve trasmettere a titolo gratuito a Sanitas tutte le indicazioni necessarie per la determinazione delle prestazioni. In caso di malattia o d'infortunio, la persona assicurata, oltre a dover presentare l'attestato medico dell'incapacità al lavoro, deve fornire a Sanitas entro 5 giorni – e se soggiorna all'estero entro 14 giorni – la prova della perdita di guadagno, di eventuali costi supplementari e delle perdite di guadagno subite da familiari. Tutte le persone e tutti gli uffici devono essere autorizzati a fornire nel singolo caso tutte le informazioni necessarie per accertare il diritto a prestazioni. Dette informazioni comprendono anche eventuali decisioni emanate da altri assicuratori sociali e documenti giustificativi di eventuali assicuratori privati.
- 2 In caso d'infortunio la persona assicurata deve inoltre inviare una notifica d'infortunio con le seguenti informazioni:
 - ora, luogo e circostanze dell'infortunio;
 - nome e indirizzo del medico curante o dell'ospedale;
 - eventuali persone responsabili o assicurazioni interessate.
- 3 In caso di ritardo non giustificabile nell'invio della notifica, il diritto all'indennità assicurata sussiste al più presto dal ricevimento della notifica da parte di Sanitas.
- 4 Al termine dell'incapacità al lavoro è necessario inviare tempestivamente a Sanitas una conferma del grado e della durata dell'incapacità al lavoro.
- 5 La persona assicurata è tenuta a notificare immediatamente a Sanitas tutte le modifiche della sua situazione personale che riguardano il rapporto assicurativo (p.es. cambio di domicilio, riduzione del reddito).
- 6 Su richiesta di Sanitas, la persona assicurata deve lasciarsi visitare da medici da essa incaricati.

33 Obbligo di diminuire il danno

- 1 In caso di malattia o d'infortunio la persona assicurata deve fare il possibile per favorire la guarigione ed evitare tutto ciò che potrebbe ritardarla. La persona assicurata è tenuta a seguire le prescrizioni del medico curante.
- 2 Sanitas è autorizzata a controllare, in particolare mediante visite, se la persona assicurata si attiene alle prescrizioni del medico.

34 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.

35 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 La Sanitas garantisce l'osservanza della protezione dei dati conformemente alle prescrizioni della vigente legislazione svizzera in materia, della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e in particolare dell'art. 33 LPGa e dell'art. 84 ss. LAMa.
- 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.

Premi

36 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 terminazione prematura dell'assicurazione, vengono restituiti i premi relativi al periodo assicurativo non scaduto.
- 3 La persona assicurata non può compensare premi dovuti con prestazioni pendenti.

37 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.