

MONETA

CONDIZIONI COMPLEMENTARI PER L'ASSICURAZIONE D'INDENNITÀ GIORNALIERA SECONDO LA LAMAL

Edizione 2020, valide dal 01.01.2020

Per queste CC MONETA sono completamente applicabili le condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo LAMal (CGA). Nel caso di eventuali contraddizioni le CC precedono le CGA.

I Campo d'applicazione

Art. 1 Oggetto

1. L'assicuratore offre l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa secondo LAMal. L'assicuratore accorda una copertura assicurativa contro le conseguenze economiche dovute a malattia, infortunio e maternità entro i limiti delle prestazioni concordate.
2. Le prestazioni assicurate sono indicate sulla polizza assicurativa.

Art. 2 Condizioni d'ammissione e riserva

1. Tutte le persone che hanno il loro domicilio civile o lavorano in Svizzera e che hanno già compiuto i 15 anni, ma non ancora i 65 anni d'età, possono stipulare presso l'assicuratore l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo LAMal.
2. L'assicurazione d'indennità giornaliera minima è di 2 franchi al giorno, l'importo massimo di 40 franchi al giorno.
3. Per stipulare l'assicurazione d'indennità giornaliera si deve rispondere a un questionario sullo stato di salute. L'assicuratore può domandare al richiedente di presentare un certificato medico sul suo stato di salute. Se il richiedente non presenta il certificato medico entro due mesi, la proposta d'assicurazione viene considerata nulla.
4. L'assicuratore può escludere dall'assicurazione, mediante riserva, pregiudizi della salute, come pure gravidanza e maternità esistenti al momento dell'ammissione. Lo stesso vale per precedenti malattie e infortuni, che potrebbe avere ricadute. Le riserve assicurative valgono per un massimo di cinque anni.
5. Per un aumento assicurativo valgono per analogia le medesime condizioni d'ammissione (limiti d'età, riserve assicurative).
6. Se al momento dell'ammissione sono stati dissimulati malattie, infortuni o gravidanza, l'assicuratore può escluderli con una riserva retroattiva, chiedere la restituzione di prestazioni già accordate e negare altre prestazioni.

Art. 3 Libero passaggio

1. L'assicuratore accorda il libero passaggio nell'ambito delle disposizioni di legge.
2. La persona assicurata ha il diritto al libero passaggio entro tre mesi dalla ricezione della relativa comunicazione da parte della compagnia d'assicurazione precedente.
3. L'indennità giornaliera percepita presso la precedente compagnia d'assicurazione viene conteggiata sulla durata del diritto a prestazioni.

Art. 4 Riduzione / Fine dell'assicurazione

1. Una riduzione dell'assicurazione può sempre essere chiesta per scritto, per la fine di un mese.
2. A prescindere dai motivi menzionati nell'art. 15 delle CGA, l'assicurazione termina:
 - a. tramite comunicazione scritta, rispettando un termine di disdetta di tre mesi, per la fine di un anno civile;
 - b. per esaurimento del diritto a prestazioni, dell'obbligo a prestazioni / diritto alla riscossione delle prestazioni;
 - c. per abbandono del domicilio o dell'attività lavorativa in Svizzera nel territorio d'attività di SWICA;
 - d. al termine dell'anno civile in cui la persona assicurata ottiene le prestazioni della rendita AVS;
 - e. per l'esclusione dall'assicurazione;
 - f. per il passaggio nell'assicurazione obbligatoria d'indennità giornaliera del datore di lavoro, tramite comunicazione scritta, rispettando il termine di disdetta di un mese;
 - g. per la perdita del guadagno assicurato, tramite comunicazione scritta, rispettando il termine di disdetta di un mese.

3. Un'esclusione dall'assicurazione d'indennità giornaliera è possibile se il comportamento della persona assicurata è abusivo o imperdonabile e la continuazione dell'assicurazione d'indennità giornaliera da parte dell'assicuratore non è più ragionevole. La persona assicurata deve essere anticipatamente avvista di questa sanzione. Sono considerati comportamenti abusivi, in particolare, i seguenti casi:
 - a. informazioni false nella compilazione della proposta d'assicurazione;
 - b. ignorare le disposizioni mediche;
 - c. ritardo nel pagamento dei premi dopo sollecitazioni senza successo.

Art. 5 Validità territoriale

1. L'assicurazione è limitata alla Svizzera.
2. Le persone assicurate che si ammalano all'estero, hanno diritto alle prestazioni durante 10 giorni. Il termine si prolunga in caso di degenza ospedaliera, per la durata della stessa, a condizione che sia necessaria per motivi medici.
3. Se un assicurato inabile al lavoro si reca all'estero senza l'autorizzazione dell'assicuratore, per tutta la durata del soggiorno all'estero non sussiste alcun diritto alle prestazioni.

II Prestazioni

Art. 6 Diritto all'indennità giornaliera

1. Se la persona assicurata in base a certificato medico è inabile al lavoro, SWICA paga per un'inabilità lavorativa completa l'indennità giornaliera assicurata fino all'ammontare della perdita di guadagno comprovata.
2. In caso di inabilità parziale al lavoro pari almeno al 50 per cento, l'indennità giornaliera viene accordata in proporzione al grado di inabilità lavorativa.
3. Se la persona assicurata non ha un'attività lucrativa e non riceve una indennità di disoccupazione, la prova di una perdita di salario o di guadagno fino all'importo assicurato di 40 franchi al giorno non costituisce un presupposto per l'obbligo di prestazione di SWICA.
4. Se l'assicurato è disoccupato in conformità all'art. 10 LADI (Legge federale su l'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza), SWICA eroga le prestazioni fino a concorrenza dell'indennità di disoccupazione non percepita e secondo i seguenti criteri:
 - a. in caso di inabilità lavorativa inferiore al 25 per cento non sussiste alcun diritto a prestazioni;
 - b. in caso d'inabilità lavorativa di almeno il 25 per cento e di al massimo il 50 per cento si corrisponde la metà dell'indennità giornaliera;
 - c. in caso d'inabilità lavorativa di oltre il 50 per cento si corrisponde l'intera indennità giornaliera.
5. In caso d'inabilità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività per determinare l'inabilità lavorativa e il diritto all'indennità giornaliera.
6. Se l'inabilità lavorativa è da ricondurre solo in parte a malattie o infortuni assicurati, le prestazioni sono fissate proporzionalmente in base a perizie mediche.
7. Le prestazioni possono essere ridotte o in casi gravi rifiutate:
 - a. se malattie o infortuni della persona assicurata sono state causate o peggiorate intenzionalmente, nel commettere crimini o violenze;

- b. se la persona assicurata non si sottopone a ragionevoli cure o esami, li rifiuta o non contribuisce di sua propria iniziativa;
 - c. in caso di violazione delle disposizioni legali o delle CGA o condizioni complementari;
 - d. in caso di frode assicurativa o tentativo di frode. In questo caso, la persona assicurata è tenuta ad assumere i costi che l'assicuratore ha dovuto sopportare per gli accertamenti.
8. Per il resto valgono le disposizioni di legge.

Art. 7 Inizio delle prestazioni e termine d'attesa

1. Se la persona assicurata diventa inabile al lavoro e se l'inabilità lavorativa dura oltre il periodo d'attesa concordato, per l'ulteriore durata dell'inabilità lavorativa SWICA paga l'indennità giornaliera assicurata fino al massimo della perdita di guadagno attestata.
2. In deroga all'art. 17 cpv. 2 «Prestazioni assicurate» delle CGA, il diritto alle prestazioni sorge il primo giorno d'inabilità lavorativa attestata, al più presto al termine del periodo d'attesa.
3. Il periodo d'attesa viene calcolato una volta per anno civile. Esso inizia il primo giorno d'inabilità lavorativa attestata da un medico, di almeno il 50 per cento.
4. Se un'inabilità lavorativa, dovuta alla stessa malattia, continua a sussistere anche in un nuovo anno civile, per l'inabilità lavorativa risultante da tale malattia non viene calcolato un nuovo termine d'attesa.

Art. 8 Durata delle prestazioni e fine delle prestazioni

1. L'indennità giornaliera, per una o più malattie, dopo che sia trascorso un eventuale periodo d'attesa convenuto, viene versata per un massimo di 720 giorni nell'ambito di 900 giorni consecutivi.
2. Il periodo d'attesa convenuto viene computato sulla durata delle prestazioni se il datore di lavoro in questo periodo è tenuto al pagamento continuato del salario.
3. Il diritto alle prestazioni termina, a complemento dei motivi di estinzione citati all'art. 4 cpv. 2, con la ripresa di una capacità lavorativa di oltre il 50 per cento.
4. La persona assicurata non può ritardare la fine delle prestazioni, rinunciando all'indennità giornaliera prima della fine dell'inabilità lavorativa attestata.

Art. 9 Calcolo della perdita di guadagno

1. L'indennità giornaliera convenuta è considerata come un'assicurazione sinistri. Viene dunque ridotta se non corrisponde alla perdita di guadagno effettiva. Una perdita di guadagno superiore all'indennità giornaliera concordata non è assicurata.
2. Quale perdita di guadagno attestabile viene considerato l'ultimo salario lordo AVS percepito, più gli assegni familiari (assegni per i figli, assegni di formazione o per l'economia domestica) che sono accordati secondo le indicazioni locali o professionali. Questo salario viene convertito in un salario annuo e diviso per 365.
3. Se la perdita di guadagno attestabile è sottomessa a forti fluttuazioni (ad es. salario a ore, impiego temporaneo, remunerazione per commissioni, ausiliari occupati in modo irregolare), il calcolo dell'indennità giornaliera avviene nel modo seguente: il salario AVS percepito negli ultimi 12 mesi prima dell'inabilità lavorativa per malattia, inclusi gli assegni familiari (assegni per i figli, assegni di formazione o per l'economia domestica) che sono accordati secondo le indicazioni locali o professionali, calcolato quale salario annuo e diviso per 365.

Osservazione

Le presenti condizioni complementari (CC) sono valide per il seguente assicuratore:
PROVITA Gesundheitsversicherung AG, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur

Art. 10 Maternità

1. Per gravidanza e parto, SWICA paga le stesse prestazioni come per malattia, se la persona assicurata, fino al giorno del parto, è stata assicurata per almeno 270 giorni senza interruzioni di più di tre mesi.
2. La persona assicurata ha diritto a 16 settimane di prestazioni d'indennità giornaliera di cui almeno otto settimane devono essere dopo il parto. Un eventuale termine d'attesa convenuto viene conteggiato.
3. Le prestazioni per maternità non sono conteggiate sulla durata delle prestazioni secondo l'art. 7 «Inizio delle prestazioni e termine d'attesa».

Art. 11 Imposta alla fonte

Nel caso di persone assicurate che soggiacciono all'imposta alla fonte, l'imposta viene detratta dalle prestazioni.

III Varie

Art. 12 Termine per la notifica di una malattia

1. Le pretese d'indennità giornaliera devono essere notificate al più tardi entro 5 giorni dopo la scadenza del termine d'attesa. Se però è stato convenuto un termine d'attesa superiore ai 30 giorni, la notifica deve avvenire al più tardi dopo 30 giorni di inabilità lavorativa. Insieme alla notifica deve essere presentato un certificato medico. I relativi costi sono a carico della persona assicurata.
2. Se la notifica di malattia viene inoltrata più tardi, il giorno della ricezione viene calcolato come primo giorno di inabilità lavorativa. Il termine d'attesa viene calcolato da questo giorno.

Art. 13 Doveri della persona assicurata

La persona assicurata deve intraprendere tutte le misure necessarie per accertare le cause della malattia e le sue conseguenze. In osservanza dell'obbligo di riduzione del danno, l'assicurato evita qualsiasi attività incompatibile con l'inabilità lavorativa, risp. con la riscossione d'indennità giornaliera e che potrebbe compromettere o rallentare il processo di guarigione. I medici che hanno in cura o hanno avuto in cura la persona assicurata devono essere liberati dall'obbligo del segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.

Art. 14 Consultazione di un medico autorizzato

1. In caso di malattia, la persona assicurata deve consultare al più presto possibile un medico autorizzato e sottoporsi alle cure del caso. L'assicurato deve attenersi alle istruzioni del medico e del personale sanitario.
2. L'assicuratore può chiedere una visita da un medico di sua scelta. In questo caso, l'assicuratore assume i costi di viaggio con il mezzo pubblico più economico, come pure altre eventuali spese secondo le direttive della Suva.