

GRAPE ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO (LAMal)

Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Edizione 2023



INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	4	7.4	Decorrenza delle prestazioni	7
1.1	Scopo	4	7.5	Durata delle prestazioni	7
1.2	Ente assicuratore	4	7.6	Limitazione delle prestazioni	8
1.3	Basi contrattuali	4			
1.4	Polizza assicurativa	4	8.	Obbligo di cooperazione durante malattia e infortunio	8
1.5	Legge federale sull'assicurazione malattie e diritto delle assicurazioni sociali	4	8.1	Obblighi in caso di sinistro	8
			8.2	Obbligo di contenimento del danno	8
			8.3	Obbligo d'informazione	8
2.	Cerchia di persone assicurate	4	8.4	Imposta alla fonte	8
2.1	Contraente	4			
2.2	Personne assicurate	4	9.	Premi e pagamenti	8
			9.1	Calcolo dei premi	8
3.	Validità territoriale	4	9.2	Somma salariale determinante	8
3.1	In generale	4	9.3	Pagamento dei premi	8
3.2	Lavoratori inviati all'estero	4	9.4	Esonero dal pagamento dei premi in caso di sinistro	9
3.3	Soggiorno all'estero durante la malattia	4	9.5	Garanzia sui premi	9
			9.6	Adeguamento dei premi	9
4.	Inizio, durata e fine del contratto di assicurazione	4	9.7	Partecipazione alle eccedenze	9
4.1	Decorrenza contrattuale	4	9.8	Corresponsione delle prestazioni	9
4.2	Durata contrattuale	4			
4.3	Cessazione del contratto	4	10.	Coordinamento delle prestazioni	10
			10.1	Riduzione delle prestazioni, sovraindennizzo e richiesta di rimborso	10
5.	Inizio, durata e fine della copertura assicurativa	5	10.2	Rinuncia alle prestazioni	10
5.1	Inizio della copertura assicurativa	5	10.3	Rivalsa	10
5.2	Fine della copertura assicurativa	5			
5.3	Sospensione dell'obbligo di prestazione in caso di interruzione dell'attività lavorativa	5	11.	Protezione dei dati	10
5.4	Passaggio all'assicurazione individuale	5	11.1	Principio	10
			11.2	Scopo del trattamento	10
6.	Estensione delle prestazioni	6	11.3	Trasmissione dei dati a terzi per il trattamento	10
6.1	Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata	6	11.4	Conservazione dei dati	10
6.2	Base di calcolo	6			
6.3	Copertura massima	6	12.	Comunicazioni	10
7.	Prestazioni	6	13.	Foro competente	11
7.1	Condizioni per le prestazioni	6			
7.2	Estensione delle prestazioni	6			
7.3	Periodo di carenza	7			

La forma maschile utilizzata nelle presenti CGA vale anche per le persone di sesso femminile.
Il presente testo è una traduzione. In caso di divergenze rispetto alla lingua originale in versione tedesca, è quest'ultima a far fede. Le condizioni di assicurazione in vigore sono disponibili alla pagina web www.grapehealth.ch.

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Scopo

grape ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO (LAMal) si prefigge la copertura della perdita di guadagno causata da incapacità lavorativa a seguito di infortunio, malattia o maternità.

L'infortunio è assicurato solo se concordato espressamente.

1.2 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è Quantum Leben AG, Vaduz, Liechtenstein (in seguito: assicuratore).

1.3 Basi contrattuali

Valgono quali basi del contratto

- la richiesta di assicurazione, incluse eventuali dichiarazioni sullo stato di salute;
- la polizza assicurativa;
- le condizioni particolari (CP) elencate nella polizza assicurativa;
- i regolamenti riportati nella polizza assicurativa;
- le presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA);
- la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA);
- la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal);
- l'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

1.4 Polizza assicurativa

Nella polizza assicurativa sono annotate le coperture assicurative e l'estensione delle prestazioni definite contrattualmente.

CP o accordi che divergono o completano le CGA sono parimenti menzionati nella polizza assicurativa.

1.5 Legge federale sull'assicurazione malattie e diritto delle assicurazioni sociali

Laddove il contratto di assicurazione o le CGA non prevedano regolamentazioni di natura diversa, si applicano le disposizioni della LPGA e della LAMal.

2. Cerchia di persone assicurate

2.1 Contraente

Contraente dell'assicurazione è l'azienda descritta nella polizza assicurativa e con tutte le componenti aziendali che le appartengono.

2.2 Persone assicurate

2.2.1 Lavoratori dipendenti

Risultano assicurati le persone fisiche o i gruppi di persone fisiche riportati nella polizza assicurativa, se

- tra loro e il contraente esiste un rapporto lavorativo o formativo;
- sono soggetti ad AVS o lo sarebbero all'età corrispondente oppure dopo il raggiungimento dell'età AVS continuano a essere occupati presso l'azienda assicurata;
- non hanno ancora compiuto 70 anni di età, con riserva di quanto disposto dall'articolo 2.2.2 lit. c.).

I lavoratori frontalieri sono equiparati alle persone domiciliate in Svizzera nel quadro dell'accordo tra la Svizzera e l'UE o l'AELS.

Inoltre, a seguito di accordi speciali, possono assicurarsi:

- persone residenti all'estero che non siano frontalieri, inviati o dimoranti temporanei;

- lavoratori assunti in Svizzera ma che a seguito dell'Accordo tra Svizzera e UE o AELS non sono soggetti alle assicurazioni sociali svizzere.

2.2.2 Persone non assicurate

Sono esclusi dall'assicurazione

- il personale che il contraente prende in affitto da aziende terze;
- le persone che operano per l'azienda assicurata in virtù di un rapporto di commissione;
- le persone che al loro ingresso nell'azienda hanno già 65 anni.

3. Validità territoriale

3.1 In generale

Fatta eccezione per i casi qui di seguito indicati, l'assicurazione vale in tutto il mondo.

3.2 Lavoratori inviati all'estero

Per i lavoratori inviati all'estero, l'assicurazione vale fino a 24 mesi, a contare dal momento della partenza per l'estero. Su richiesta la copertura assicurativa può essere prorogata dall'assicuratore fino a un massimo di sei anni.

3.3 Soggiorno all'estero durante la malattia

Se un assicurato ammalato avente diritto a prestazioni si reca all'estero, per il periodo del soggiorno all'estero non ha diritto a prestazioni, se l'assicuratore non ha preventivamente concesso il proprio benessere al soggiorno.

Per i frontalieri lo Stato di residenza e la Svizzera sono considerati territorio nazionale.

4. Inizio, durata e fine del contratto di assicurazione

4.1 Decorrenza contrattuale

La decorrenza dell'assicurazione corrisponde alla data concordata nella polizza assicurativa.

L'assicurazione può essere stipulata in qualsiasi momento, anche nel corso dell'anno.

4.2 Durata contrattuale

4.2.1 In generale

Il contratto di assicurazione è stipulato per la durata indicata nella polizza assicurativa. La durata contrattuale minima è di un anno civile.

4.2.2 Rinnovo contrattuale

Se non viene disdetto entro il termine convenuto, allo scadere della durata concordata il contratto di assicurazione si rinnova tacitamente per un altro anno.

4.3 Cessazione del contratto

4.3.1 Disdetta

Il contratto di assicurazione può essere disdetto da entrambe le parti, per iscritto, alla fine dell'anno civile, rispettando un termine di preavviso di tre mesi. È possibile procedere alla disdetta per la prima volta solo alla data di scadenza indicata sulla polizza assicurativa.

La disdetta è valida solo se comunicata per iscritto e nei termini previsti, cioè entro e non oltre l'ultimo giorno lavorativo precedente il termine di preavviso di tre mesi.

In caso di disdetta del contratto di assicurazione, l'assicuratore può sottoporre al contraente una nuova offerta assicurativa con una nuova durata.

4.3.2 Estinzione del contratto di assicurazione

Il contratto di assicurazione si estingue con effetto immediato

- a) se il contraente cessa la propria attività economica;
- b) se la sede dell'azienda è trasferita all'estero;
- c) se viene aperta una procedura fallimentare nei confronti del contraente, a meno che il curatore fallimentare o terzi continuino a pagare i premi di assicurazione.

4.3.3 Risoluzione da parte dell'assicuratore

L'assicuratore non è vincolato al contratto e pertanto lo può risolvere

- a) in caso di premi arretrati secondo le disposizioni sull'inadempienza (articolo 9.3.5);
- b) se alla stipula del contratto di assicurazione il contraente non comunica correttamente o sottace considerevoli circostanze o fattori di rischio che conosceva o avrebbe dovuto conoscere;
- c) se nel corso della durata del contratto di assicurazione il contraente non notifica correttamente o sottace fatti che escluderebbero o ridurrebbero l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

4.3.4 Rinuncia alla disdetta in caso di sinistro

L'assicuratore rinuncia espressamente al proprio diritto legale di recedere dal contratto di assicurazione in caso di sinistro.

È fatta salva la disdetta alla scadenza del contratto.

5. Inizio, durata e fine della copertura assicurativa

5.1 Inizio della copertura assicurativa

La copertura assicurativa decorre dal giorno in cui ha inizio il rapporto lavorativo o dall'inizio del diritto al primo salario, e in ogni caso dal momento in cui il lavoratore si reca al lavoro.

5.2 Fine della copertura assicurativa

Per l'assicurato la copertura assicurativa termina

- a) alla fine del rapporto di lavoro presso il contraente;
- b) in caso di continuazione dell'occupazione in età AVS, con il compimento del 70° anno di età;
- c) con il definitivo esaurimento del diritto a prestazioni;
- d) in caso di decesso;
- e) con la fine del contratto di assicurazione.

5.3 Sospensione dell'obbligo di prestazione in caso di interruzione dell'attività lavorativa

In caso di interruzione dell'attività lavorativa senza diritto al salario, la copertura assicurativa rimane attiva, ma l'obbligo di prestazione è sospeso per il periodo di interruzione del lavoro.

Sono escluse da tale regolamentazione le interruzioni dell'attività lavorativa a seguito di malattia, infortunio e maternità, come pure le interruzioni dovute a servizio militare, servizio civile o protezione civile.

5.4 Passaggio all'assicurazione individuale

5.4.1 Diritto al passaggio

Ogni assicurato sottostante alle disposizioni sulla libera circolazione delle persone può passare nell'assicurazione individuale secondo LAMal senza valutazione dello stato di salute quando

- esce dal gruppo di persone assicurate nell'assicurazione collettiva,
- termina la riscossione di prestazioni, oppure
- termina il contratto di assicurazione collettiva.

È necessario far valere per iscritto il diritto al passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione del datore di lavoro relativa al diritto di passaggio.

L'assicurazione individuale inizia il giorno dopo l'uscita dal gruppo di persone assicurate, alla fine della riscossione di prestazioni o alla scadenza del contratto collettivo.

Si applicano le condizioni e tariffe dell'assicurazione individuale in vigore al momento del passaggio, su osservanza dell'età d'ingresso determinante nel contratto collettivo.

5.4.2 Obbligo d'informazione del datore di lavoro

Il contraente deve informare l'assicurato

- a) alla sua uscita dall'azienda
- b) al termine del contratto collettivo

in merito al suo diritto al passaggio e ai termini per il passaggio nell'assicurazione individuale.

Se il contraente non ottempera al proprio obbligo d'informazione, l'assicurato resta nell'assicurazione collettiva.

5.4.3 Estensione dell'assicurazione continuata

L'assicurazione continuata avviene di principio nell'estensione della precedente copertura assicurativa, tuttavia al massimo per l'ammontare del nuovo reddito da lavoro.

Viene assicurato un reddito massimo di CHF 300'000 l'anno.

Le persone senza attività lucrativa possono assicurarsi fino all'ammontare della massima rendita semplice AVS.

Le persone disoccupate ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione (LADI) possono tramutare la loro assicurazione in una assicurazione continuata con carenza di 30 giorni, indipendentemente dal loro stato di salute e con mantenimento dell'attuale ammontare dell'indennità giornaliera.

5.4.4 Deduzione di prestazioni già percepite

Prestazioni già percepite

- a) in virtù della presente assicurazione collettiva
- b) da precedenti assicuratori

vengono dedotte dalla durata delle prestazioni dell'assicurazione individuale.

5.4.5 Preclusione del diritto al passaggio

Il diritto al passaggio non sussiste

- a) in caso di cambiamento del datore di lavoro e rispettivo passaggio alla sua assicurazione contro la perdita di guadagno;
- b) se il contraente ha stipulato un nuovo contratto collettivo per lo stesso gruppo di persone presso un altro assicuratore e questi, in virtù dell'accordo sul libero passaggio, è tenuto a garantire la continuazione della copertura assicurativa;
- c) se le prestazioni del contratto collettivo sono esaurite;
- d) se l'assicurato ha compiuto i 65 anni di età;
- e) se l'assicurato ha il proprio domicilio all'estero e non è soggetto alle disposizioni sulla libera circolazione delle persone;
- f) durante la copertura provvisoria.

6. Estensione delle prestazioni

6.1 Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata

L'ammontare dell'indennità giornaliera è concordato tra il contraente e l'assicuratore.

6.2 Base di calcolo

6.2.1 Principio

La base di calcolo per l'indennità giornaliera è data dal reddito da lavoro dipendente venuto meno a causa del sinistro.

L'indennità giornaliera si calcola come 365^a parte della perdita di guadagno assicurato medio di un anno. L'indennità giornaliera calcolata viene corrisposta per ogni giorno di calendario.

6.2.2 Lavoratori dipendenti

Per i lavoratori dipendenti la base di calcolo è data dal reddito da lavoro dipendente venuto meno a causa del sinistro. Quale reddito da lavoro dipendente venuto meno si considera l'ultimo salario soggetto ad AVS percepito presso il contraente prima del sinistro, comprensivo delle quote salariali non ancora versate per le quali sussiste un diritto legale. Le quote esenti da imposte fiscali o AVS per persone in età AVS non influiscono sull'ammontare della base di calcolo.

Gli adeguamenti salariali conseguenti a modifiche del grado occupazionale o ad aumenti generici del salario vengono presi in considerazione solo se spettanti per legge o se concordati prima del verificarsi del caso di prestazioni.

Gli assegni famigliari erogati al lavoratore dalle casse di compensazione per assegni famigliari, quali assegni per i figli o di formazione secondo le disposizioni della Legge sugli assegni familiari (LAFam) e sugli assegni familiari nell'agricoltura (LAF), sono considerati reddito da lavoro dipendente venuto meno e sono coassicurati.

Per i lavoratori non assoggettati all'AVS, al posto del salario assoggettato all'AVS si considera il salario lordo concordato secondo le norme AVS.

I guadagni provenienti da altre attività non vengono considerati.

6.2.3 Reddito irregolare

Se l'ammontare del reddito è soggetto a forti oscillazioni, si considera il salario degli ultimi 12 mesi calcolati per intero prima dell'inizio dell'inabilità lavorativa.

Se l'occupazione è stata inferiore a 12 mesi, ci si basa sul salario medio dall'inizio dell'occupazione stessa.

6.2.4 Dirigenti d'azienda

I dirigenti d'azienda che in virtù di normative di legge sono parificati ai lavoratori dipendenti possono, su richiesta, assicurare un salario annuo fisso.

6.2.5 Aumento della copertura assicurativa

In caso di richiesta di aumento del salario annuo fisso convenuto, è necessaria una dichiarazione sullo stato di salute.

Un'eventuale clausola restrittiva concerne unicamente la parte di assicurazione interessata dall'aumento.

6.3 Copertura massima

L'ammontare massimo del salario assicurabile per persona e anno è limitato a CHF 300'000.

7. Prestazioni

7.1 Condizioni per le prestazioni

7.1.1 Principio

L'erogazione delle prestazioni è condizionata all'insorgere di un'incapacità lavorativa, attestata da certificato medico e oggettivabile, conseguente a malattia (o infortunio o parto, se il rischio in questione è compreso).

L'assicurazione eroga le prestazioni se

- l'assicurato è inabile al lavoro almeno per il 25% a seguito di malattia, maternità o (ove concordato) infortunio;
- l'incapacità al lavoro è attestata da certificato medico.

L'assicuratore è autorizzato a rifiutare un diritto a prestazioni se l'incapacità lavorativa rivendicata è prevalentemente attribuibile a fattori non medici o se la diagnosi menzionata non giustifica un'incapacità lavorativa.

7.1.2 Malattia

Si considera malattia qualsiasi pregiudizio della salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o trattamento medico o provochi un'incapacità al lavoro.

7.1.3 Infortunio

Si considera 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 causi il decesso.

Sono parificate agli infortuni le lesioni fisiche e le malattie professionali simili a infortuni, riconosciute come tali secondo LAINF.

7.1.4 Maternità

La persona assicurata ha diritto all'indennità giornaliera per maternità qualora risulti assicurata al momento del parto da almeno 270 giorni e non abbia interrotto l'assicurazione per più di tre mesi.

7.1.5 Incapacità lavorativa

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 accettabile nella professione o nel campo d'attività abituale.

Se l'incapacità al lavoro dura più di 90 giorni, possono essere prese in considerazione anche le mansioni accettabili di un'altra professione o campo di attività.

L'incapacità lavorativa parziale sussiste quando il grado d'inabilità al lavoro è pari ad almeno il 25%.

7.1.6 Certificato medico

L'incapacità lavorativa deve essere documentata tramite un certificato medico. Il certificato deve essere emesso da un medico o chiropratico riconosciuto dall'assicuratore.

I certificati medici e le notifiche di malattia o infortunio possono essere retrodatati di tre giorni al massimo.

7.2 Estensione delle prestazioni

7.2.1 In generale

Le prestazioni si conformano alla copertura assicurativa convenuta e alle presenti condizioni di assicurazione.

La totalità delle prestazioni d'indennità giornaliera corrisposte non può essere superiore al guadagno venuto meno all'assicurato a causa del sinistro o al salario annuo fisso concordato.

7.2.2 Adempimento del contratto collettivo di lavoro (CCL)

Se i lavoratori sottostanno a un contratto collettivo di lavoro (CCL) con condizioni differenti, queste ultime sono valide esclusivamente nel caso e nella misura in cui sia stata espressamente concordata con il contraente una copertura conforme al CCL per il gruppo di persone assicurate nel contratto di assicurazione.

7.2.3 Incapacità lavorativa parziale

In caso di incapacità lavorativa parziale, le prestazioni vengono corrisposte proporzionalmente al grado di incapacità lavorativa. La copertura assicurativa per la capacità lavorativa residua rimane intatta.

7.2.4 Infortunio

Qualora anche il rischio d'infortunio sia assicurato, le prestazioni si calcolano in base alla copertura assicurativa concordata nella polizza assicurativa.

Dovesse seguire l'inclusione degli infortuni a completamento dell'assicurazione ai sensi della LAINF, le prestazioni di indennità giornaliera vengono corrisposte a condizione che l'assicuratore LAINF sia in obbligo di prestazione.

7.2.5 Assegni famigliari

Sussiste il diritto a percepire assegni per i figli e di formazione, che vengono corrisposti dalle casse per gli assegni famigliari al lavoratore secondo le disposizioni della Legge sugli assegni familiari (LAFam) e sugli assegni familiari nell'agricoltura (LAF).

In caso di mancato pagamento degli assegni per i figli e di formazione da parte della cassa per gli assegni famigliari a seguito di impedimento al lavoro dovuto a malattia, infortunio o gravidanza, questi saranno considerati nella prestazione di indennità giornaliera per l'ammontare assicurato, a condizione che si tratti di un evento assicurato.

Il contraente o l'assicurato deve provvedere a far valere il diritto per iscritto presso l'assicuratore, fornendo la prova che gli assegni per i figli e di formazione da parte della cassa per gli assegni famigliari vengono a mancare.

7.2.6 Prestazione in caso di maternità

Per la maternità l'indennità giornaliera è corrisposta per 16 settimane, di cui almeno 8 devono essere successive al parto.

Le prestazioni in caso di maternità secondo la Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità (LIPG) sono dedotte dalle prestazioni della presente assicurazione. Il periodo di carenza stabilito decade.

La prestazione per maternità non viene messa in conto alla durata massima della riscossione.

7.2.7 Riserva

Alla stipula del contratto o in caso di richiesta di aumento della copertura, l'assicuratore può escludere dall'assicurazione, tramite una riserva, le malattie o le conseguenze di un infortunio già esistenti al momento della richiesta o che, sulla base dell'esperienza, portano a ricadute.

La riserva decade allo scadere di cinque anni o quando l'assicurato dimostra che non è più giustificata.

7.3 Periodo di carenza

Il periodo di carenza concordato è indicato nella polizza assicurativa. Inizia il giorno in cui secondo il certificato medico ha avuto inizio l'incapacità al lavoro, tuttavia non prima di 3 giorni precedenti il primo trattamento medico. I giorni con incapacità lavorativa parziale contano come giorni interi.

Laddove non sia stato convenuto diversamente, il periodo di carenza è conteggiato daccapo per ogni malattia, o per ogni infortunio.

7.4 Decorrenza delle prestazioni

Le prestazioni decorrono dallo scadere del periodo di carenza convenuto.

Durante un congedo non retribuito la prestazione inizia non prima del giorno in cui è prevista la ripresa del lavoro. I giorni di incapacità lavorativa durante il congedo non retribuito sono messi in conto al periodo di carenza e alla durata delle prestazioni.

7.5 Durata delle prestazioni

7.5.1 Principio

La durata delle prestazioni è pari a 720 giorni nell'arco di 900 giorni per una o più malattie.

In caso di incapacità lavorativa parziale si corrisponde un'indennità giornaliera ridotta in proporzione per un massimo di 720 giorni (meno il periodo di carenza) nell'arco di 900 giorni al massimo. La copertura assicurativa per la capacità lavorativa residua rimane intatta.

Un'imminente privazione delle prestazioni assicurative non può essere resa impossibile dalla temporanea rinuncia alla prestazione.

7.5.2 Deduzione del periodo di carenza

Il periodo di carenza convenuto viene dedotto dalla durata delle prestazioni. Si considerano giorni di carenza quei giorni in cui sussiste un'incapacità lavorativa pari ad almeno il 25%.

7.5.3 Riduzione a seguito di sovrassicurazione

Se la prestazione è ridotta a seguito di sovrassicurazione per malattia e infortunio, la durata della prestazione si protrae fino a quando il diritto pieno a prestazioni è esaurito.

7.5.4 Assegni famigliari

Gli assegni famigliari secondo le disposizioni della LAFam e della LAF, in caso di soppressione dell'obbligo di pagamento della cassa cantonale per gli assegni famigliari, sono compresi nell'assicurazione per l'intera durata della prestazione.

7.5.5 Assicurazione del godimento postumo del salario

Se il lavoratore muore a seguito di una malattia o di un infortunio assicurati, va soddisfatto l'obbligo di continuare a pagare il salario, ai sensi dell'articolo 338 cpv. 2 CO.

La prestazione assicurativa è corrisposta senza deduzione del periodo di carenza.

7.5.6 Età AVS

A partire dal raggiungimento dell'età AVS, le indennità giornalieri vengono versate soltanto se l'assicurato o il contraente dimostra all'assicuratore che, in caso di capacità lavorativa, il rapporto di lavoro sarebbe proseguito a tempo determinato o indeterminato. In caso di contratto di lavoro a tempo determinato, il diritto alle prestazioni vige fino a quella che sarebbe stata la durata del rapporto di lavoro. Se non è possibile fornire questa prova, il diritto alle indennità giornalieri termina al raggiungimento dell'età AVS.

7.5.7 Deduzione in caso di rilevamento contrattuale

In caso di rilevamento o rinnovo del contratto, le prestazioni già percepite da precedenti assicuratori vengono dedotte dalla durata delle prestazioni.

7.6 Limitazione delle prestazioni

7.6.1 Riduzione e rifiuto di prestazioni

L'assicuratore può provvisoriamente o permanentemente ridurre o – in casi gravi – rifiutare prestazioni in denaro, qualora le condizioni ai sensi dell'articolo 21 LPGa risultino soddisfatte.

7.6.2 Obbligo di restituzione

Il contraente è tenuto a restituire all'assicuratore qualsiasi prestazione percepita illecitamente o per errore.

8. Obbligo di cooperazione durante malattia e infortunio

8.1 Obblighi in caso di sinistro

L'incapacità lavorativa va comunicata per iscritto e mediante notifica di malattia entro cinque giorni dalla scadenza del periodo di carenza.

Nel caso sia stato convenuto un periodo di carenza superiore a 29 giorni, l'incapacità lavorativa va notificata per iscritto entro e non oltre 30 giorni dal suo inizio mediante notifica di malattia. Il certificato medico va allegato alla notifica di malattia.

Se la notifica di malattia avviene dopo il termine stabilito, il periodo di carenza decorre dalla ricezione della notifica di incapacità lavorativa. La durata delle prestazioni inizia a decorrere comunque dal primo giorno di incapacità lavorativa.

Eventuali riduzioni del grado d'incapacità lavorativa devono essere immediatamente comunicate.

La notifica deve avvenire in modo veritiero. Quando vengono rivendicate delle prestazioni, l'assicurato e il contraente sono tenuti a fornire all'assicuratore tutte le informazioni di natura medica ed amministrativa necessarie.

8.2 Obbligo di contenimento del danno

L'assicurato è tenuto ad adottare tutti gli accorgimenti possibili per contenere le prestazioni ed in particolare per favorire la propria guarigione. Egli deve inoltre astenersi da tutto ciò che potrebbe ritardare la guarigione. Sono in particolar modo da rispettare tutte le prescrizioni rilasciate dal personale medico. L'assicuratore è autorizzato a verificare l'adempimento delle prescrizioni mediche e ad adottare opportune misure di controllo.

L'assicurato deve esibire prova della perdita di guadagno. Qualora ciò non sia possibile, non sussiste alcun diritto a ricevere le prestazioni.

L'assicurato che rimarrà prevedibilmente totalmente o parzialmente inabile al lavoro nella sua professione abituale è obbligato a sfruttare la capacità di guadagno eventualmente rimastagli.

Su richiesta dell'assicuratore o del contraente, l'assicurato è tenuto a

- a) registrarsi presso il competente ufficio AI entro sei mesi dal verificarsi dell'incapacità lavorativa;
- b) consultare un medico già a partire dal primo giorno d'inabilità al lavoro;
- c) lasciarsi visitare da un secondo medico o dal medico di fiducia dell'assicuratore; i relativi costi vanno a carico dell'assicuratore.

8.3 Obbligo d'informazione

L'assicurato o il contraente deve fornire all'assicuratore, di sua spontanea volontà o su richiesta, informazioni su tutte le prestazioni di terzi in caso di malattia, infortunio e invalidità.

L'assicurato o il contraente che fruisce di prestazioni assicurative autorizza tutte le persone e gli enti interessati, vale a dire datore di lavoro, medici, compagnie di assicurazione e organi ufficiali a fornire le informazioni necessarie per chiarire il diritto alle prestazioni e per far valere il diritto di ricorso

nel singolo caso. Tali persone ed enti sono soggetti all'obbligo di informare (articolo 28 LPGa).

8.4 Imposta alla fonte

Se vengono corrisposte al contraente prestazioni d'indennità da inoltrare all'assicurato, è il contraente a rispondere del conteggio e del versamento dell'imposta alla fonte ai sensi di legge.

9. Premi e pagamenti

9.1 Calcolo dei premi

9.1.1 Principio

L'assicuratore calcola i premi sulla base di metodi attuariali riconosciuti. Tali tariffazioni si rifanno a parametri statistici e a modelli di calcolo dei premi di tipo attuariale.

Nella tariffazione il premio di rischio è calcolato per una comunità di rischio (tipologie/attività aziendali dello stesso genere) in base al codice NOGA.

9.1.2 Premio di rischio per comunità di rischio

Il premio di rischio di una comunità di rischio (tipologie/attività aziendali dello stesso genere) viene ricalcolato di anno in anno.

9.1.3 Premio personale del contratto individuale

Al contraente viene assegnato, in base al proprio rischio assicurativo individuale, il premio di rischio della comunità di rischio oppure un premio di rischio ridotto / aumentato attraverso l'applicazione di una riduzione / un supplemento sotto forma di percentuale sul premio di rischio. Ne risulta il premio di rischio personale del contratto individuale.

Il rischio assicurativo individuale dipende dall'entità del contratto, dall'andamento dei sinistri rilevato empiricamente, dalla frequenza dei sinistri nonché dalla composizione dell'effettivo di assicurati.

9.2 Somma salariale determinante

Determinante per il calcolo dei premi è la somma salariale lorda soggetta ad AVS degli assicurati. Per persona ed anno può essere considerata al massimo la copertura contrattuale massima.

Parimenti determinanti per il calcolo dei premi sono i salari lordi delle persone non assoggettate all'AVS, a condizione che esse appartengano alla cerchia delle persone assicurate.

9.3 Pagamento dei premi

9.3.1 Fatturazione e scadenze

L'assicuratore emette una fattura di acconto al contraente ogni trimestre, semestre o anno, secondo quanto convenuto nella polizza assicurativa.

I premi sono dovuti dal contraente in anticipo e vanno pagati entro il termine di scadenza indicato nella polizza assicurativa.

L'ammontare delle fatture di acconto è stabilito in virtù della somma salariale definitiva dell'anno civile precedente.

9.3.2 Computo finale

Alla fine dell'anno civile l'assicuratore trasmette al contraente un modulo di dichiarazione. Il contraente deve restituire entro un mese all'assicuratore la dichiarazione compilata della somma salariale e la necessaria documentazione (dichiarazione AVS, elenchi degli assicurati, conteggi salariali, e così via). Sulla base delle indicazioni ricevute, l'assicuratore provvede a calcolare gli importi definitivi dei premi e a redigere il computo finale. Saldi inferiori ai CHF 20 non danno luogo a pagamenti residuali o restituzioni. L'importo viene riportato nel computo successivo.

Se il contraente non ottempera al proprio obbligo di notifica mediante dichiarazione della somma salariale, oppure se non sono disponibili valori di riferimento per l'anno precedente, l'assicuratore può determinare i futuri importi delle fatture di acconto mediante stima.

9.3.3 Visura della contabilità salariale

L'assicuratore ha diritto a prendere visione della contabilità salariale del contraente.

9.3.4 Rimborso dei premi

Qualora il premio sia stato pagato in anticipo per una determinata durata contrattuale e nel caso in cui il contratto di assicurazione si estinguesse per motivi legali o contrattuali prima della scadenza della durata contrattuale convenuta, l'assicuratore rimborsa il premio già corrisposto per il periodo di assicurazione non usufruito, o non richiede più il pagamento dei premi che giungerebbero a scadenza in seguito.

Il premio per il periodo assicurativo in corso è interamente dovuto se il contraente disdice il contratto di assicurazione in caso di sinistro e al momento della cessazione il contratto di assicurazione è in vigore da meno di un anno.

9.3.5 Ritardo nel pagamento

Se il contraente non ottempera al proprio obbligo di pagamento dei premi anche dopo proroga di 14 giorni, l'assicuratore gli invia una diffida scritta invitandolo al pagamento dei premi non versati entro un termine di 14 giorni. La diffida segnala al contraente le conseguenze dell'inadempienza all'obbligo di pagamento.

Le spese di diffida e le spese amministrative supplementari causate dal ritardato pagamento vanno a carico del contraente.

Allo scadere del termine di diffida, l'obbligo alla prestazione dell'assicuratore nei confronti del contraente è sospeso. L'obbligo alla prestazione si riattiva non appena i premi arretrati, compresi gli interessi di mora e i costi di diffida e di esecuzione, sono stati interamente pagati.

In caso di ritardo nel pagamento del premio, l'assicuratore si riserva inoltre il diritto di risolvere il contratto collettivo al di fuori dell'ordinario termine di disdetta.

9.4 Esonero dal pagamento dei premi in caso di sinistro

Fintanto che il rapporto di lavoro con l'azienda assicurata è in vigore, l'obbligo di pagamento dei premi decade nella misura delle prestazioni erogate dal presente contratto.

Esclusi da questa regola sono gli assicurati con salario annuo fisso, indicati nella polizza assicurativa.

Fatto salvo l'addebito del premio annuo minimo concordato nella polizza assicurativa.

9.5 Garanzia sui premi

La garanzia sui premi non viene concessa per la durata contrattuale concordata.

9.6 Adeguamento dei premi

L'assicuratore può adeguare i premi in base all'andamento dei costi della comunità di rischio e all'andamento individuale dei sinistri del singolo contratto. È possibile che i premi vengano adeguati per via di una combinazione di entrambi i fattori.

9.6.1 In base all'andamento dei costi della comunità di rischio

Alla scadenza del contratto è possibile che i premi vengano adeguati per via dell'andamento generale dei costi di una comunità di rischio (tipologie/attività aziendali dello stesso genere) in base al codice NOGA.

L'adeguamento dei premi è inoltre consentito se al momento della proroga del contratto quest'ultimo, in base al codice NOGA, si colloca sostanzialmente (scostamento di almeno il 20%) al di sotto del tasso del premio di rischio predefinito per la comunità di rischio (tipologie/attività aziendali dello stesso genere). Questo adeguamento può essere apportato anche in caso di contratti senza o con pochi sinistri. In tal caso viene riscosso al massimo il tasso del premio di rischio (tipologie / attività aziendali dello stesso genere).

9.6.2 In base all'andamento individuale dei sinistri del singolo contratto
Alla scadenza del contratto è possibile che i premi vengano adeguati se la somma delle prestazioni erogate per i sinistri verificatisi nel periodo di osservazione (incl. gli accantonamenti per i casi in corso) supera i premi di rischio del contratto individuale.

Il periodo di osservazione è determinante per la valutazione dell'andamento dei sinistri individuale rilevato empiricamente. Tale periodo comprende la durata contrattuale decorsa fino a quel momento, ma al massimo i sei anni precedenti l'adeguamento.

Alla determinazione della nuova entità del premio concorre anche l'andamento dei sinistri rilevato empiricamente, la frequenza dei sinistri nonché la composizione dell'effettivo di assicurati (ad es. struttura dell'età e sesso).

9.6.3 Termine di preavviso

Gli adeguamenti di premio vengono comunicati al contraente almeno 30 giorni prima della scadenza di un anno civile. Il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto di assicurazione entro 30 giorni dalla comunicazione, con effetto al momento dell'entrata in vigore dell'adeguamento. In assenza di disdetta, l'adeguamento dei premi si ritiene accettato. Per il resto, gli accordi contrattuali e la durata del contratto di assicurazione restano invariati.

9.7 Partecipazione alle eccedenze

È possibile pattuire una partecipazione alle eccedenze.

Se è stata pattuita una partecipazione alle eccedenze, dopo tre anni completi di assicurazione (= periodo di conteggio), il contraente partecipa ad una eventuale eccedenza realizzata nel contratto.

Le eccedenze vengono calcolate deducendo le prestazioni assicurative corrisposte dalla quota di premio determinante relativa al periodo di conteggio. La quota di premio determinante e il sistema di partecipazione alle eccedenze sono indicati nella polizza assicurativa.

Il conteggio è redatto non appena i premi relativi al periodo di conteggio sono stati versati ed i rispettivi sinistri conclusi. Le perdite non vengono riportate nel periodo di conteggio successivo.

Se a conteggio avvenuto vengono notificati casi di malattia e postumi d'infortunio supplementari o effettuati ulteriori pagamenti che rientrano nel periodo di conteggio appena chiuso, si procede alla preparazione di un nuovo conteggio di partecipazione alle eccedenze. L'assicuratore può richiedere il rimborso delle quote di eccedenze già versate.

Il diritto alla partecipazione alle eccedenze si estingue se il contratto di assicurazione viene risolto prima della fine del periodo di conteggio.

9.8 Corresponsione delle prestazioni

9.8.1 Versamento delle indennità giornaliera per malattia e infortunio

L'indennità giornaliera viene versata sulla base del certificato medico, non appena la capacità lavorativa è riacquisita. Se l'invalidità al lavoro dura più di un mese, l'indennità giornaliera viene pagata mensilmente in via posticipata.

Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono corrisposte al contraente per essere riversate all'assicurato, fintanto che questo è occupato nell'azienda assicurata.

9.8.2 Versamento dell'indennità giornaliera per maternità
L'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta al contraente per essere riversata alla persona assicurata, dopo il parto e una volta accertata la corresponsione di prestazioni secondo LIPG.

9.8.3 Compensazione
L'assicuratore può compensare prestazioni scadute con crediti vantati nei confronti del contraente.

9.8.4 Costituzione in pegno e cessione
Crediti nei confronti dell'assicuratore non possono essere né costituiti in pegno né ceduti senza il consenso dell'assicuratore stesso.

9.8.5 Prescrizione
Il diritto alle prestazioni del contraente nei confronti dell'assicuratore cade in prescrizione cinque anni dopo il verificarsi dell'evento che giustifica l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

10. Coordinamento delle prestazioni

10.1 Riduzione delle prestazioni, sovraindennizzo e richiesta di rimborso

10.1.1 Principi
Se per un caso di malattia o infortunio le prestazioni dell'assicuratore coincidono con quelle di un altro assicuratore sociale, hanno priorità le prestazioni delle altre assicurazioni sociali.

Non sussiste alcun obbligo di prestazione nell'ambito dei diritti a prestazioni nei confronti di altri assicuratori sociali.

10.1.2 Sovraindennizzo
La coincidenza di prestazioni di diverse assicurazioni sociali non deve determinare un sovraindennizzo della persona assicurata. Si è di fronte a un sovraindennizzo se le prestazioni di assicurazioni sociali superano il guadagno presumibilmente perso a seguito del caso assicurato e/o la massa salariale fissa previamente stabilita.

10.1.3 Riduzioni nel settore delle assicurazioni sociali
Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono concesse a integrazione delle prestazioni di altre assicurazioni sociali (indennità giornaliera, rendite) e ridotte dell'importo del sovraindennizzo.

L'assicurato cede all'assicuratore eventuali diritti a pagamenti supplementari (AMal, AINF, AI, AM, AVS, AD, IPG, PP, LAFam, LAF, ecc.).

10.1.4 Riduzioni nel settore delle assicurazioni multiple
Se ai sensi degli articoli 67–77 LAMal sono soggetti all'obbligo di prestazioni più assicuratori sociali per l'indennità giornaliera, l'assicuratore è obbligato a erogare le prestazioni per il sinistro nel rapporto della sua somma assicurata sul totale delle somme assicurate.

Il contraente è tenuto a comunicare tempestivamente all'assicuratore le assicurazioni di indennità giornaliera in corso o di nuova stipula presso altri assicuratori.

10.1.5 Risoluzione in caso di assicurazione multipla
Qualora nel momento in cui ha stipulato il secondo contratto il contraente non fosse al corrente che si veniva a creare un'assicurazione multipla, egli può risolvere detto contratto per iscritto entro le quattro settimane successive al momento in cui ha scoperto l'assicurazione multipla.

Se il contraente ha tralasciato intenzionalmente tale notifica o ha stipulato l'assicurazione multipla con il preciso scopo di trarne un vantaggio patrimoniale

illegittimo, l'assicuratore non è vincolato contrattualmente nei confronti del contraente.

10.1.6 Restituzione
Se nonostante l'opzione di riduzione delle prestazioni si verifica un sovraindennizzo, l'assicuratore può esigere la restituzione delle prestazioni erogate in eccesso, ridurre le prestazioni future o effettuare direttamente la compensazione con le prestazioni di altri assicuratori sociali. In particolare, l'assicuratore può esigere le prestazioni direttamente dall'assicurazione per l'invalidità (AI).

10.2 Rinuncia alle prestazioni
Se un assicurato, senza il consenso dell'assicuratore, rinuncia parzialmente o totalmente a prestazioni a cui ha diritto verso terzi, l'obbligo di prestazioni decade. Si considera rinuncia anche la capitalizzazione di un diritto a prestazioni.

10.3 Rivalsa
Gli assicurati sono obbligati a informare tempestivamente l'assicuratore su qualsiasi prestazione di terzi (ad es. altre assicurazioni sociali, assicurazioni previdenziali private, assicurazioni di responsabilità civile ecc.) qualora l'assicuratore debba erogare prestazioni nello stesso caso assicurato.

All'insorgere dell'evento assicurato l'assicuratore è surrogato, fino all'ammontare delle prestazioni legali, nei diritti dell'assicurato e dei suoi superstiti contro i terzi responsabili (articolo 72 cpv. 1 LPGA).

11. Protezione dei dati

11.1 Principio
Il trattamento dei dati degli assicurati si attiene alle disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

11.2 Scopo del trattamento
L'assicuratore tratta solo dati (per esempio dati anagrafici, informazioni sullo stato di salute, verifica dei dati indicati nella richiesta, incasso, svolgimento della prestazione) necessari per l'attuazione del contratto di assicurazione secondo LAMal. L'assicuratore tratta le informazioni raccolte con la massima riservatezza.

11.3 Trasmissione dei dati a terzi per il trattamento
L'assicuratore può assegnare in tutto o in parte ad un terzo (per esempio centro di calcolo) il trattamento dei dati. In tal caso l'assicuratore provvede affinché i dati siano trattati solo come egli stesso sarebbe autorizzato a fare. In altri casi fornisce informazioni solo con l'autorizzazione dell'assicurato.

11.4 Conservazione dei dati
L'assicuratore conserva scrupolosamente i dati e li protegge da persone non autorizzate con adeguate misure tecniche ed organizzative.

12. Comunicazioni

Le comunicazioni dell'assicuratore all'assicurato o al contraente avvengono in maniera legalmente valida, in forma scritta.

Le modifiche rilevanti per l'assicurazione, in particolar modo concernenti variazioni nella composizione del gruppo di persone assicurate, del Contratto collettivo di lavoro (CCL) o delle disposizioni della Legge sulla previdenza professionale (LPP), devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore entro 30 giorni.

Nonostante nelle presenti CGA si esiga la forma scritta, è sufficiente ogni forma testuale che permetta di ricostruire gli eventi.

13. Foro competente

Per qualsiasi controversia derivante dal presente contratto di assicurazione, la parte attrice ha la facoltà di appellarsi al tribunale competente presso il domicilio svizzero dell'assicurato, presso il suo luogo di lavoro in Svizzera, o presso la sede legale dell'assicuratore.

info@grapehealth.ch
www.grapehealth.ch

