

# Condizioni aggiuntive per l'assicurazione indennità giornaliera (B, BI, C, CI) ai sensi della legge sul contratto d'assicurazione (CAA/LCA)

Edizione 1.7.2005



## Indice

Art. 1	Basi legali/scopo
Art. 2	Varianti di copertura assicurativa
Art. 3	Cerchia delle persone assicurate
Art. 4	Inizio dell'assicurazione
Art. 5	Prestazioni
Art. 6	Periodo d'attesa
Art. 7	Durata delle prestazioni
Art. 8	Inizio delle prestazioni
Art. 9	Presupposti per aver diritto alle prestazioni
Art. 10	Sovrindennizzo
Art. 11	Utile dall'assicurazione
Art. 12	Obblighi in caso di sinistro
Art. 13	Campo d'applicazione territoriale
Art. 14	Diritto di passaggio

#### **Art. 1 Basi legali/scopo**

---

1. In base alle sue CGA ai sensi della LCA, l'assicuratore fornisce diverse varianti di assicurazione indennità giornaliera conformemente all'art. 2 del presente regolamento.
2. Scopo dell'assicurazione indennità giornaliera è fornire alle persone assicurate una copertura assicurativa contro la perdita di guadagno e di salario per incapacità lavorativa dovuta a malattia e/o infortunio. Sono inoltre coassicurate le prestazioni di maternità per 16 settimane.
3. Le prestazioni assicurate sono indicate nel contratto.
4. Per tutte le questioni non regolate in modo particolare nelle presenti condizioni aggiuntive valgono le disposizioni di legge contemplate nella LCA e/o le condizioni generali d'assicurazione CGA/LCA dell'assicuratore.
5. Le presenti condizioni aggiuntive si applicano anche all'assicurazione indennità giornaliera collettiva, a condizione che non siano stati convenuti accordi contrattuali a parte.
6. Le disposizioni delle presenti condizioni aggiuntive sono applicabili alla malattia, all'infortunio e alla maternità.

#### **Art. 2 Varianti di copertura assicurativa**

---

L'assicuratore offre le seguenti varianti di assicurazione indennità giornaliera:

1. Categoria B: indennità per malattia con inizio delle prestazioni a partire dal 4° giorno.
2. Categoria BI: indennità per infortunio con inizio delle prestazioni a partire dal 4° giorno.
3. Categoria C: indennità per malattia versata a scadenze differite a scelta.
4. Categoria CI: indennità per infortunio versata a scadenze differite a scelta.
5. Nelle categorie assicurative B e C sono coassicurate le prestazioni di maternità.

#### **Art. 3 Cerchia delle persone assicurate**

---

1. Le persone che hanno già compiuto il 15° anno d'età ma che non hanno ancora raggiunto il 65° anno d'età possono concludere un'assicurazione indennità giornaliera.
2. Al compimento del 65° anno d'età l'assicurazione indennità giornaliera cessa automaticamente.

#### **Art. 4 Inizio dell'assicurazione**

---

L'assicurazione inizia a partire dalla data indicata nel contratto o nella conferma scritta dell'assicuratore.

#### **Art. 5 Prestazioni**

---

Nelle categorie assicurative B, BI e C, CI, l'assicuratore versa un'indennità giornaliera di CHF 108 000.– al massimo per anno.

#### **Art. 6 Periodo d'attesa**

---

1. Il periodo d'attesa convenuto è indicato nella polizza e viene conteggiato per anno civile.
2. I giorni di incapacità lavorativa parziale non contano come giorni interi.
3. La durata dell'obbligo di continuare a pagare il salario viene computata nel periodo d'attesa.

#### **Art. 7 Durata delle prestazioni**

---

1. L'assicuratore versa l'indennità giornaliera durante 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi, dedotto il periodo d'attesa convenuto. In caso di ricadute nell'arco di 365 giorni, il periodo d'attesa viene a cadere in caso di nuova incapacità lavorativa.
2. Malattia recidiva (ricaduta)  
La ricomparsa di una malattia/un infortunio (ricaduta) è considerata, per quanto riguarda la durata delle prestazioni, come un nuovo caso, se la persona assicurata è stata abile al lavoro durante 365 giorni dopo un sinistro.
3. Le prestazioni di maternità non vengono computate nella durata massima delle prestazioni conformemente all'articolo 7.1.
4. Le prestazioni di maternità sono erogate per un periodo di 16 settimane, di cui almeno 14 dopo il parto. Esse vengono corrisposte a complemento e a seguito delle prestazioni della Legge sull'indennità di perdita di guadagno (LIPG). Se, in seguito ad una degenza ospedaliera del bambino, la madre chiede che il versamento delle prestazioni LIPG venga differito rispetto alla data del parto, il diritto alle prestazioni di quest'assicurazione nasce a partire dalla data in cui decorre il diritto alle prestazioni in caso di maternità ai sensi della LIPG.
5. In caso di riduzione dell'indennità giornaliera per sovrindenno, nonché in caso d'incapacità lavorativa parziale, la persona assicurata inabile al lavoro ha diritto all'equivalente di 720 giorni di indennità giornaliera completa. I termini per ottenere l'indennità giornaliera si prolungano in funzione della riduzione dell'indennità giornaliera.

## **Art. 8 Inizio delle prestazioni**

---

Nelle categorie assicurative B, BI e C, CI, l'obbligo di erogare prestazioni inizia alla scadenza del periodo d'attesa convenuto nel contratto.

Il periodo d'attesa inizia il 1° giorno dell'incapacità lavorativa certificata dal medico, tuttavia al più presto 3 giorni prima del trattamento medico. Rimane riservato l'art. 12.

## **Art. 9 Presupposti per aver diritto alle prestazioni**

---

Sussiste incapacità lavorativa, se la persona assicurata non è in grado di svolgere la propria attività lavorativa in modo parziale o totale in seguito ad un evento assicurato.

1. Deve sussistere un'incapacità lavorativa effettiva del 50 % almeno certificata dal medico curante o dal chiropratico.
2. Occorre sottoporsi a visite mediche regolari (almeno una volta al mese) effettuate dal medico curante o dal chiropratico in funzione della malattia e del suo decorso.
3. Le persone con attività lucrativa devono certificare la perdita di guadagno o di salario.
4. Per le persone senza attività lucrativa, l'indennità giornaliera assicurata viene ritenuta come prestazione.
5. In caso d'incapacità lavorativa parziale del 50 % almeno sussiste il diritto ad una indennità giornaliera ridotta corrispondentemente per la durata delle prestazioni di cui all'art. 7.1. La copertura assicurativa per la capacità lavorativa residua rimane acquisita.
6. In caso di gravidanza e parto, verranno corrisposte le prestazioni assicurate, a condizione che fino al momento del parto la persona assicurata sia stata assicurata per l'indennità giornaliera da almeno 360 giorni senza interruzione nel momento in cui nasce il diritto alle prestazioni in caso di maternità.

## **Art. 10 Sovrindennizzo**

---

La concomitanza con prestazioni di assicuratori sociali non deve dar luogo ad un sovrindennizzo della persona assicurata.

Il limite di sovrindennizzo è fissato per l'ammontare delle prestazioni assicurate di cui agli art. 9.3 e 9.4.

Le prestazioni dell'indennità giornaliera vengono erogate a complemento delle assicurazioni sociali.

## **Art. 11 Utile dall'assicurazione**

---

1. Vengono considerate come utile dall'assicurazione le prestazioni che superano la copertura integrale della perdita di guadagno della persona assicurata.

Fanno eccezione le prestazioni di assicurazioni di somme fisse erogate da altri assicuratori. Un eventuale obbligo del datore di lavoro di continuare a pagare il salario prevale sulle prestazioni dell'indennità giornaliera. Il conteggio del salario che il datore di lavoro deve continuare a pagare vale in modo esplicito anche per le assicurazioni collettive.

2. L'assicuratore ha il diritto di verificare se le prestazioni dell'assicurazione indennità giornaliera conducono ad una sovrassicurazione. A tale scopo l'assicuratore può richiedere documenti sulla perdita di reddito e di salario della persona assicurata.

## **Art. 12 Obblighi in caso di sinistro**

---

1. La notifica dell'incapacità lavorativa all'assicuratore deve avvenire per iscritto entro 5 giorni da parte della persona assicurata con assicurazione individuale ovvero da parte del datore di lavoro per le persone assicurate collettivamente. Il semplice ritiro di un foglio di malattia o infortunio non è considerato come notifica dell'incapacità lavorativa. Questo obbligo di notifica per iscritto dell'incapacità lavorativa entro 5 giorni vale anche quando subentra un'incapacità lavorativa nel corso di una malattia o di un infortunio.
2. Se l'incapacità lavorativa non viene notificata entro 5 giorni, il giorno di notifica viene considerato come inizio dell'incapacità lavorativa. L'assicuratore non fornisce nessuna prestazione per il periodo che precede la notifica tardiva. Tuttavia, se è comprovato che il ritardo della notifica non è imputabile alla persona assicurata ovvero al suo rappresentante legale, allora l'assicuratore potrà riconoscere l'effettivo inizio dell'incapacità lavorativa in luogo del giorno della notifica.
3. Su richiesta, l'assicuratore rilascia alla persona assicurata una scheda d'indennità giornaliera sulla quale il medico può certificare l'incapacità lavorativa.
4. Di regola, l'indennità giornaliera viene versata una volta terminata l'incapacità lavorativa. Il certificato medico scritto indicante il grado e la durata dell'incapacità lavorativa dev'essere inoltrato tempestivamente all'assicuratore al più tardi alla conclusione del trattamento. In caso d'incapacità lavorativa duratura, la persona assicurata può richiedere dei pagamenti intermedi mensili su presentazione di certificati medici.

### **Art. 13 Campo d'applicazione territoriale**

---

1. Se l'incapacità lavorativa subentra durante un soggiorno all'estero, l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta solo per la durata della degenza ospedaliera stazionaria.
2. Se una persona assicurata inabile al lavoro vuole recarsi all'estero, essa avrà diritto alle prestazioni dell'indennità giornaliera solo se avrà richiesto prima un'autorizzazione espressa dell'assicuratore.
3. Se la persona assicurata lavora all'estero per un datore di lavoro svizzero, l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta. Oltre al certificato medico, la persona assicurata dovrà far confermare la sua incapacità lavorativa anche dal datore di lavoro.

### **Art. 14 Diritto di passaggio**

---

1. Se una persona assicurata esce dall'assicurazione collettiva dell'assicuratore perché cessa di appartenere alla cerchia delle persone assicurate definita nel contratto o perché il contratto viene disdetto, essa ha il diritto di passare all'assicurazione individuale dell'assicuratore entro 3 mesi. Se nell'assicurazione individuale la persona assicurata non assicura prestazioni più elevate, non possono essere formulate nuove riserve assicurative. Per le persone assicurate disoccupate vale inoltre l'art. 100, comma 2, LCA.
2. Il contraente dell'assicurazione deve informare le persone assicurate che escono dall'assicurazione collettiva in seguito alla disdetta del contratto di lavoro del loro diritto al passaggio all'assicurazione individuale e che tale passaggio deve avvenire entro un termine di 3 mesi.



**EGK-Cassa della salute**  
Brislachstrasse 2, 4242 Laufen  
T 061 765 51 11, F 061 765 51 12  
info@egk.ch, www.egk.ch