

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal

Osservazioni:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile.
- La versione originale delle presenti disposizioni è quella in lingua tedesca. Le versioni in altre lingue sono traduzioni. In caso di difficoltà di interpretazione fa fede il testo in lingua tedesca.

1. Basi

1.1 Quali sono le basi legali vigenti?

Le basi legali dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera sono le condizioni generali d'assicurazione (CGA), la legge federale vigente sull'assicurazione malattie (LAMal), la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e le loro disposizioni d'applicazione.

1.2 Da chi siete assicurati?

Richiedete all'assicuratore la vostra polizza d'assicurazione.

1.3 Qual è il raggio d'attività dell'assicuratore?

Il raggio d'attività per l'esercizio dell'assicurazione d'indennità giornaliera comprende la Svizzera.

1.4 È offerta l'assicurazione collettiva?

L'assicurazione collettiva non è offerta.

2. Rapporto d'assicurazione

2.1 Chi è assicurato?

L'assicuratore assicura le persone fisiche dai 15 anni compiuti fino ai 65 anni compiuti che sono domiciliate o lavorano nel raggio d'attività dell'assicuratore.

L'assicurazione si estingue il primo giorno del mese che segue il compimento dei 65 anni d'età.

2.2 Quali sono le condizioni d'ammissione?

Ogni persona deve presentare una proposta d'assicurazione firmata di proprio pugno, con le indicazioni complete e veritiere sui dati personali, sullo stato di salute, sulle assicurazioni esistenti e sull'erogazione di prestazioni.

La proposta può essere revocata entro sette giorni dalla firma tramite lettera raccomandata indirizzata alla sede centrale dell'assicuratore. Con l'invio della dichiarazione di revoca si estinguono con effetto retroattivo tutti i diritti e i doveri di entrambe le parti.

Per le persone interdette è necessaria la firma del loro rappresentante legale.

L'assicuratore può predisporre una visita medica d'ammissione e richiedere attestati medici. Tramite la proposta di assicurazione, la persona assicurata autorizza i medici, gli ospedali e il personale sanitario ausiliario chiamati a intervenire da quest'ultima, a fornire all'assicuratore o ai suoi medici di fiducia le informazioni necessarie per la valutazione della proposta di assicurazione.

2.3 L'assicuratore procede a un esame del rischio?

In base alla proposta d'assicurazione, l'assicuratore procede a un esame del rischio. Lo stesso viene eseguito anche in caso di modifica dell'assicurazione o in caso di constatazione successiva di malattie e conseguenze d'infortunio, che erano state occultate al momento della domanda di assicurazione.

2.4 Possono essere applicate riserve d'assicurazione?

Le malattie e le conseguenze d'infortunio esistenti al momento dell'ammissione o quelle che, in base all'esperienza, potrebbero condurre a ricadute, possono essere escluse con una riserva d'assicurazione. Le riserve decadono dopo cinque anni. Prima della scadenza di questo termine, gli assicurati possono fornire la prova che una riserva non è più giustificata.

Le riserve applicate dall'assicuratore precedente possono essere riprese, a meno che il nuovo assicuratore non possa applicare nuove riserve (casi di libero passaggio).

2.5 Quando è possibile modificare l'assicurazione?

Le modifiche d'assicurazione sono possibili in ogni momento. Esse soggiacciono alle stesse condizioni come le nuove stipulazioni.

2.6 Quali sono i gruppi d'età?

I gruppi d'età sono indicati nella tariffa.

2.7 Quando inizia l'assicurazione?

L'assicurazione può iniziare al più presto il giorno della firma della proposta d'assicurazione. L'inizio retroattivo dell'assicurazione non è possibile. Se la data d'inizio non corrisponde al giorno della firma della proposta, l'assicurazione inizia il primo giorno del mese successivo.

2.8 Quando si estingue l'assicurazione?

L'assicurazione cessa tramite:

- a) Disdetta legalmente valida
La disdetta è possibile per la fine di un semestre civile osservando un preavviso di tre mesi.
- b) Decesso della persona assicurata
- c) Cessazione del domicilio o dell'attività lucrativa nel raggio d'attività dell'assicuratore
- d) Le persone che si trasferiscono in uno degli Stati membri dell'UE, in Islanda o in Norvegia, possono continuare l'assicurazione d'indennità giornaliera presso un altro assicuratore LAMal che assicura persone domiciliate in uno degli Stati membri dell'UE, in Islanda o in Norvegia. Il nuovo assicuratore non può applicare nuove riserve e su richiesta della persona assicurata deve continuare ad assicurare l'indennità giornaliera nello stesso volume come in precedenza) Esaurimento dell'obbligo di prestazione
- e) Raggiungimento dell'età massima secondo il paragrafo 2.1 capoverso 2
- f) Esclusione Per motivi gravi gli assicurati possono essere esclusi dall'assicurazione. Sono motivi gravi l'abuso assicurativo, come pure l'inosservanza grave dei doveri nei

confronti dell'assicuratore. L'esclusione avviene in conformità della legge sotto forma di decisione formale.

2.9 In che modo l'assicuratore trasmette le sue comunicazioni? Quali sono i vostri obblighi di notifica verso l'assicuratore?

- a)** Informazione agli assicurati
Le modifiche delle condizioni d'assicurazione come pure le comunicazioni di carattere generale vengono pubblicate in forma vincolante nell'organo di pubblicazione ufficiale del Gruppo Visana. A ogni economia domestica viene inviato un esemplare dell'organo di pubblicazione.
- b)** Polizza d'assicurazione
Tutte le persone assicurate ricevono una conferma individuale della loro copertura assicurativa sotto forma di polizza d'assicurazione.
- c)** Obblighi di notifica degli assicurati
Gli assicurati sono tenuti a notificare all'assicuratore, entro il termine di un mese, tutti i cambiamenti relativi alla situazione personale (ad esempio: cambio di domicilio) che riguardano il rapporto d'assicurazione.
- d)** Inosservanza degli obblighi di notifica
Le conseguenze negative che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica sono a carico degli assicurati.

3. Prestazioni

3.1 Che cos'è assicurato?

L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata come segue:

- malattia (compresa la maternità);
- malattia (compresa la maternità) e infortunio.

3.2 Qual è il volume delle prestazioni?

Si può assicurare un'indennità giornaliera in gradi di CHF 1.–, da un minimo di CHF 1.– a un massimo di CHF 30.–. Il periodo minimo di differimento è di 3 giorni.

È possibile convenire i seguenti altri periodi di differimento: 7, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 e 360 giorni.

L'indennità giornaliera minima ammonta a:

CHF 1.– per i periodi di differimento di 3, 7, 14, 21 e 30 giorni
CHF 10.– per il periodo di differimento di 60 giorni
CHF 15.– per i periodi di differimento di 90 e 120 giorni
CHF 20.– per i periodi di differimento di 150 giorni e più.

L'indennità giornaliera massima ammonta per tutti i periodi di differimento a CHF 30.–. In caso di sovrindennizzo le prestazioni vengono ridotte. C'è una situazione di sovrindennizzo quando le prestazioni legali delle assicurazioni sociali sono superiori al guadagno presumibilmente perso a causa del caso d'assicurazione più i costi supplementari e le eventuali perdite di reddito subite dai familiari, anche questi dovuti al caso d'assicurazione. In totale sono ammesse tre varianti del periodo di differimento.

3.3 Come è calcolato il periodo d'attesa?

Per principio, per ogni nuovo caso il periodo d'attesa inizia a decorrere dall'inizio. Se si tratta dello stesso caso, i giorni dell'ultima incapacità lavorativa vengono conteggiati al periodo d'attesa, a condizione che l'interruzione non sia durata più di tre mesi. In casi gravi, l'assicuratore può autorizzare eccezioni.

3.4 Cosa comprende il vostro diritto alle prestazioni?

L'incapacità lavorativa della persona assicurata per l'indennità giornaliera è confermata dal medico o dal chiropratico.

Gli assicurati hanno diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera a partire da un'incapacità lavorativa del 25 per cento. Le prestazioni sono corrisposte in proporzione al grado d'incapacità lavorativa.

3.5 Cosa succede in caso di libero passaggio?

In caso di libero passaggio le indennità giornaliere percepite dal precedente assicuratore sono dedotte dalla durata di fruizione.

3.6 Quando inizia il diritto alle prestazioni?

Il diritto alle prestazioni assicurative inizia al più presto il giorno in cui comincia l'assicurazione.

3.7 Qual è la durata delle prestazioni?

L'indennità giornaliera per uno o più eventi assicurati (malattia / infortunio) è corrisposta fino a che la persona assicurata ha percepito 720 giorni di prestazioni nell'arco di 900 giorni consecutivi a contare dal primo giorno civile di prestazione.

In caso d'incapacità lavorativa parziale è corrisposta un'indennità giornaliera ridotta in proporzione per la stessa durata. Per la capacità lavorativa residua la copertura assicurativa resta in vigore.

In caso di riduzione delle prestazioni d'indennità giornaliera in seguito a sovrindennizzo, la persona assicurata ha diritto al controvalore di 720 indennità giornaliera. Questo diritto si basa sul grado dell'incapacità lavorativa.

La persona assicurata non può evitare l'esaurimento della durata di fruizione rinunciando alle prestazioni d'indennità giornaliera prima della fine dell'incapacità lavorativa attestata dal medico.

3.8 Quali prestazioni vengono corrisposte in caso di maternità?

In caso di maternità, l'indennità giornaliera è corrisposta se fino al momento del parto l'assicurata ha aderito all'assicurazione per almeno 270 giorni e senza un'interruzione superiore a tre mesi. Se il parto ha luogo durante il periodo d'attesa, le prestazioni assicurate sono corrisposte solo se il termine del parto, calcolato e attestato dal medico, rispetta il termine d'attesa. Restano riservate le disposizioni sul libero passaggio (articolo 70 LAMal "Cambiamento dell'assicuratore").

Se sono soddisfatti i requisiti e tenuto conto del periodo d'attesa, l'assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera assicurata durante 16 settimane. Di queste 16 settimane almeno otto devono essere successive al parto. Entro questi limiti, le assicurate hanno la libera facoltà di ripartire la durata di fruizione prima e dopo il parto. Le prestazioni vengono ridotte se le indennità giornaliere, unitamente all'indennità di maternità secondo la Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG), superano il guadagno perso durante 16 settimane più i costi supplementari e le eventuali perdite di reddito subite dai familiari dovuti alla maternità. Nell'ambito del calcolo del sovrindennizzo, l'indennità di maternità secondo la LIPG è inclusa completamente a prescindere da quando la persona assicurata percepisce l'indennità giornaliera assicurata.

Le prestazioni per maternità non vengono dedotte dalla durata di fruizione dell'assicurazione d'indennità giornaliera stipulata.

3.9 Quale diritto avete in caso di disoccupazione?

Il diritto all'indennità giornaliera in caso di disoccupazione si basa sulla legge articolo 73 LAMal.

3.10 Come bisogna richiedere le prestazioni?

Le malattie e gli infortuni devono essere notificati all'assicuratore entro una settimana dalla decorrenza del periodo d'attesa.

Se la notifica avviene dopo la scadenza del termine previsto a tale fine, le prestazioni sono dovute soltanto a partire dal giorno della notifica. Se il ritardo di notifica è dovuto a motivi importanti e giustificati, l'assicuratore riconosce l'inizio delle prestazioni al massimo fino a un semestre prima del giorno della notifica. Se una persona assicurata ammalata è inizialmente abile al lavoro e l'incapacità lavorativa subentra soltanto nel corso della malattia e/o in seguito a infortunio nella misura almeno del 25 %, deve informare immediatamente l'assicuratore in merito all'insorgere dell'incapacità lavorativa.

La persona assicurata deve fornire all'assicuratore tutte le informazioni necessarie all'accertamento del diritto alle prestazioni e alla loro determinazione e mettere a disposizione tutti i relativi documenti; a tale scopo essa autorizza inoltre l'assicuratore alla consultazione degli atti di altri assicuratori e delle autorità e a richiedere le necessarie informazioni ai fornitori di prestazioni sanitarie. In mancanza di queste indicazioni o in caso di rifiuto dei provvedimenti prescritti, le prestazioni possono essere ridotte oppure, nei casi gravi, rifiutate. Gli assicurati possono esigere che i medici e altri operatori sanitari comunichino le informazioni mediche esclusivamente al medico di fiducia. Per l'accertamento dei diritti degli assicurati, l'assicuratore ha la facoltà di predisporre un esame medico da parte di un medico da esso definito.

3.11 Dove vale l'assicurazione?

Le prestazioni vengono corrisposte per inabilità lavorative in Svizzera e negli Stati UE/EFTA. In caso di soggiorno all'estero in uno Stato che non appartiene all'UE o all'EFTA, vengono corrisposte prestazioni d'indennità giornaliera se la degenza ospedaliera è necessaria dal punto di vista medico e unicamente per il lasso di tempo in cui il ritorno nel Paese di domicilio non è possibile.

3.12 In quali casi l'assicuratore riduce o rifiuta le sue prestazioni?

Se la persona assicurata ha causato o peggiorato il caso d'assicurazione in maniera intenzionale o commettendo un crimine o un delitto premeditato, le prestazioni possono essere ridotte provvisoriamente o definitivamente oppure rifiutate nei casi gravi. Se la persona assicurata si sottrae o si oppone a un trattamento medico ragionevole, che promette un miglioramento notevole del suo stato di salute, oppure se non contribuisce spontaneamente con quanto è lecito richiederle, le prestazioni possono essere ridotte provvisoriamente o definitivamente oppure rifiutate. La persona assicurata viene prima avvertita per iscritto dall'assicuratore in merito a queste conseguenze legali.

3.13 Come avviene il pagamento delle prestazioni?

I pagamenti hanno luogo dopo l'esame del diritto alle prestazioni ed esclusivamente in franchi svizzeri. Gli assicurati sono tenuti a comunicare all'assicuratore un recapito di pagamento bancario o postale svizzero. In caso di mancata comunicazione, le spese derivanti dal versamento sono a carico degli assicurati.

3.14 Potete cedere o costituire in pegno i vostri diritti nei confronti dell'assicuratore?

La cessione di diritti nei confronti dell'assicuratore non è ammessa senza il consenso di quest'ultimo.

3.15 Qual è il rapporto nei confronti di altre assicurazioni e di prestazioni di terzi (normativa di regresso)?

- a) Obbligo d'informazione e di notifica: Se per un caso assicurativo sono tenuti a corrispondere prestazioni anche altri assicuratori o terze persone, l'assicuratore deve esserne informato. La percezione di prestazioni è anche soggetta all'obbligo di notifica. Gli accordi e le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificati all'assicuratore prima dell'erogazione, rispettivamente della firma. Gli assicurati hanno l'obbligo di notificare i loro diritti nei confronti di altri assicuratori o di terze persone tenute al pagamento. In caso d'inosservanza di questi obblighi d'informazione e di notifica, la persona assicurata perde i suoi diritti alle prestazioni.
- b) Coordinamento delle prestazioni
Il rapporto dell'assicurazione malattie sociale nei confronti delle altre assicurazioni sociali si basa sulle disposizioni di legge.
- c) Surrogazione

Insorto l'evento assicurato, l'assicuratore subentra nei confronti del terzo responsabile per il caso assicurativo, fino all'ammontare delle prestazioni legali nei diritti della persona assicurata.

3.16 Quando dovete rimborsare le prestazioni?

Le prestazioni corrisposte ingiustamente o per errore devono essere rimborsate all'assicuratore.

3.17 Quando si estingue il diritto alle prestazioni?

Il diritto a prestazioni non ancora pagate si estingue cinque anni dopo la fine del mese per il quale era dovuta la prestazione.

4. Premi e partecipazione ai costi

4.1 Quali premi dovete pagare?

Dalla polizza di assicurazione rileverete il vostro premio, il quale deve essere pagato in anticipo per almeno un mese. Nel mese di adesione i premi sono dovuti dal primo giorno dell'inizio effettivo dell'assicurazione. Nel mese di uscita/mese di decesso, il premio non è più dovuto per il periodo dopo l'effettiva uscita/dopo il giorno di decesso.

4.2 Quando sono esigibili i premi?

I premi vengono addebitati a scadenza mensile, trimestrale, semestrale o annuale. I relativi termini di pagamento sono indicati sulle fatture dei premi.

4.3 A quanto ammonta il premio?

L'ammontare dei premi si basa sulle tariffe approvate dall'autorità di vigilanza. I premi sono graduati secondo i gruppi d'età.

4.4 Cosa succede se pagate i premi in ritardo?

- a) Premi
I premi non pagati alla scadenza vengono sollecitati dall'assicuratore. Se la persona assicurata è in ritardo di oltre 90 giorni dalla scadenza del termine di pagamento, il diritto alle prestazioni viene sospeso fino al pagamento completo di tutti gli arretrati
- b) Diffide
Le diffide avvengono in forma scritta. A esse sono equiparati gli invii contrassegno.
- c) Interessi di mora
Per gli eventuali debiti dei premi, l'assicuratore ha il diritto di richiedere un interesse di mora del 5 per cento.
- d) Costi
I costi della procedura esecutiva e altre spese sono addebitati all'assicurato in mora. In caso di diffida o di esecuzione può essere addebitata un'indennità d'inconvenienza.
- e) Compensazione
Tenuto conto della situazione economica della persona assicurata, i premi in arretrato possono essere compensati con i diritti degli assicurati.

5. Contenzioso

5.1 Quando potete richiedere una decisione formale?

Le persone assicurate che non sono d'accordo con una risoluzione dell'assicuratore possono richiedere l'emissione di una decisione formale passibile di ricorso.

5.2 Quando potete impugnare una decisione formale?

Le decisioni formali possono essere impugunate facendo opposizione presso l'assicuratore entro 30 giorni dalla notifica.

5.3 Qual è il foro competente in caso di controversie?

Le decisioni su opposizione dell'assicuratore possono essere impugunate entro 30 giorni presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni. È competente il Tribunale delle assicurazioni del Cantone dove l'assicurato o la terza persona ha il domicilio al

momento in cui interpone ricorso. Si può adire al Tribunale delle assicurazioni anche quando l'assicuratore non emette una decisione formale o una decisione su opposizione, nonostante la richiesta della persona interessata. Contro le sentenze dei Tribunali cantonali delle assicurazioni si può interporre ricorso entro 30 giorni al Tribunale federale.

6. Disposizioni varie

6.1 Chi è soggetto all'obbligo di mantenere il segreto?

Tutte le collaboratrici e i collaboratori del Gruppo Visana sono soggetti all'obbligo di mantenere il segreto professionale secondo la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA).

6.2 È possibile stipulare un contratto di riassicurazione?

L'assicuratore stipula contratti di riassicurazione nella misura in cui questi siano nell'interesse degli assicurati.

6.3 Quando entrano in vigore le presenti CGA?

Queste condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2017.

Eventuali modifiche possono essere apportate dall'assicuratore in qualsiasi momento.