



Regolamento relativo all'assicurazione d'indennità giornaliera (LAMal)

Tutti i riferimenti a persone valgono sempre per entrambi i sessi.

1 Scopo / Basi giuridiche

¹ In conformità alle CGA secondo la LAMal, la cassa malati pratica l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal.

² L'assicurazione d'indennità giornaliera offre prestazioni in caso di perdita di guadagno a seguito di malattia, infortunio, se è stato assicurato e nessun'altra assicurazione contro gli infortuni debba farsene carico, e maternità.

2 Affiliazione

¹ Chiunque sia domiciliato nel territorio servito dalla cassa malati oppure persegue un'attività lucrativa nello stesso territorio, e ha superato il 15° anno d'età, ma non ha ancora compiuto 65 anni, può stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera presso la cassa malati Agilia.

² Per questa copertura può scegliere un assicuratore diverso da quello per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata sotto forma di assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da:

- datori di lavoro, per se stessi e per i propri dipendenti;
- organizzazioni dei datori di lavoro e associazioni professionali per i loro soci e rispettivi dipendenti;
- organizzazioni professionali e sindacali per i propri soci.

3 Inizio / Fine / Sospensione

¹ L'assicurazione inizia con la data fissata nella domanda di assicurazione, al più presto comunque dopo che la cassa ha effettuato l'esame del rischio.

² L'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue in caso di decesso, resiliazione, esaurimento delle prestazioni, esclusione, o al compimento del 65° anno d'età ai sensi dell'art. 11. Una resiliazione è possibile in qualsiasi momento per la fine del mese seguente.

³ Il contratto si estingue per le persone assicurate che escono dal territorio servito dalla cassa malati Agilia. Le persone assicurate hanno diritto al proseguimento della loro assicurazione d'indennità giornaliera attuale presso un assicuratore LAMal operativo nella zona di domicilio della persona assicurata. Sono riservate le direttive contrarie nell'ambito delle convenzioni internazionali sulla sicurezza sociale.

⁴ Qualora la persona assicurata abbia un comportamento abusivo o addirittura ingiustificabile e se il proseguimento dell'assicurazione d'indennità giornaliera appare insostenibile per la cassa, la persona assicurata può, dopo essere stata preventivamente ammonita, essere esclusa nei casi seguenti:

- se non ha compilato in maniera veritiera la domanda di assicurazione,
- se si è ripetutamente opposta alle indicazioni del medico oppure le viola gravemente,
- se è in ritardo col pagamento dei premi e non ottempera al sollecito di pagamento entro il mese, dietro minaccia di esclusione,
- per altre ragioni importanti.

⁵ Gli assicurati che non possono più pretendere le prestazioni assicurative della cassa malati per un periodo prolungato possono, versando un premio per il rischio, sospendere l'assicurazione d'indennità giornaliera al massimo per 5 anni nei seguenti casi:

- se si trasferiscono per più di 3 mesi all'estero,
- in caso di soggiorno più lungo di 3 mesi in un istituto penitenziario, di internamento o di correzione,
- se esiste un'assicurazione obbligatoria presso un altro assicuratore (p. es. assicurazione collettiva o assicurazione malattia aziendale) come pure in casi simili,
- quando il servizio militare o civile dura ininterrottamente per più di due mesi.

Qualora le premesse citate non siano più assolte, la persona assicurata deve riattivare l'assicurazione d'indennità giornaliera entro 14 giorni.

Il premio per il rischio ammonta al 10% delle quote dei premi ordinari, ma al minimo CHF 4.- al mese.

La sospensione deve essere richiesta anteriormente e per iscritto.

4 Riserve

¹ La cassa è autorizzata a escludere dall'assicurazione una malattia esistente al momento dell'ammissione applicandovi una riserva. Lo stesso principio si applica alle malattie precedenti che, per esperienza, possono essere recidive.

² La riserva assicurativa decade al più tardi dopo cinque anni. Prima dello scadere di questo termine gli assicurati possono fornire la prova che la riserva non è più giustificata.

³ La riserva assicurativa ha validità solo se è stata comunicata per iscritto alla persona assicurata e se specifica la malattia soggetta a riserva, la data di inizio e quella della fine del termine della riserva.

⁴ In caso di aumento del montante dell'indennità giornaliera e/o di riduzione del periodo d'attesa si applicano per analogia i paragrafi da 1 a 3.

5 Cambiamento dell'assicuratore

¹ La cassa non ha il diritto di applicare nuove riserve alla persona che ha cambiato assicuratore perché:

- il suo rapporto di lavoro o la cessazione dello stesso lo esige,
- esce dal raggio di attività dell'anziano assicuratore,
- l'anziano assicuratore non offre più l'assicurazione malattie sociale.

² La cassa può mantenere le riserve applicate dall'assicuratore precedente fino alla scadenza del termine iniziale.

³ Il precedente assicuratore informa per iscritto la persona assicurata del suo diritto al libero passaggio. Se trascura questo suo dovere, sussiste la copertura assicurativa precedente. La persona assicurata deve far valere il suo diritto di libero passaggio entro tre mesi dalla ricezione della comunicazione.

⁴ Su richiesta della persona assicurata la cassa deve continuare ad assicurare in ugual misura l'indennità giornaliera precedentemente stipulata. Ai sensi dell'art. 72 LAMal, la cassa può conteggiare sulla durata del diritto alle prestazioni le indennità giornaliere percepite dal precedente assicuratore.

6 Cessazione dell'assicurazione collettiva

¹ La persona che cessa d'essere assicurata nell'assicurazione collettiva, perché non rientra più nella cerchia di persone prevista dal contratto oppure perché il contratto è stato rescisso, conserva il diritto al trasferimento all'assicurazione individuale. Fintanto che la persona assicurata non aumenta nell'assicurazione individuale le prestazioni coperte non possono essere applicate ulteriori riserve; l'età di entrata determinante per l'ammissione al contratto collettivo deve essere rispettata.

² La cassa informa per iscritto la persona assicurata del suo diritto di passaggio all'assicurazione individuale. Se trascura di fornire questa informazione, la persona assicurata rimane nell'assicurazione collettiva. La persona assicurata deve far valere il suo diritto di libero passaggio entro tre mesi dalla ricezione della comunicazione.

7 Prodotti assicurativi

¹ La persona richiedente può stipulare al massimo un'indennità giornaliera di CHF 300.-.

² L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata come segue:

- con inizio delle prestazioni a partire dal 3o giorno di malattia,
- con inizio di prestazioni dopo 7 / 14 / 21 / 30 / 60 / 90 / 120 / 150 / 180 / 220 oppure 360 giorni di malattia.

³ Finché non si percepisce un'indennità giornaliera, è possibile trasformare le assicurazioni d'indennità giornaliera, nel limite degli stessi premi, in un'altra variante di assicurazione d'indennità giornaliera, senza che ciò sia considerato un aumento della copertura assicurativa. Sono riservate le disposizioni divergenti per disoccupati.

8 Diritto a prestazioni

¹ Le condizioni per le prestazioni sono:

- un'effettiva incapacità al lavoro, certificata dal medico curante o dal chiropratico, di almeno il 50%,
- la perdita di guadagno dimostrata per chi persegue un'attività lucrativa.

² L'indennità giornaliera è versata, per una o più malattie, al massimo per 720 giorni in un periodo di 900 giorni. Sono riservate le disposizioni sotto cifra 5. Prestazioni in caso di maternità non vengono conteggiate sulla durata massima delle prestazioni.

³ Il diritto a prestazioni sorge solo allo scadere del periodo di attesa concordato. Questo è calcolato a partire dal giorno dell'inizio dell'incapacità lavorativa confermata dal medico. Se non è stato fissato un periodo d'attesa, il diritto all'indennità giornaliera sorge il terzo giorno dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa certificata dal medico.

⁴ Il periodo di attesa convenuto di 7 o più giorni si applica una volta durante l'anno civile. Qualora l'incapacità al lavoro perduri anche per più di un anno civile, il periodo d'attesa si applica solo se nel frattempo la persona assicurata ha riacquisito la capacità lavorativa.

⁵ Nelle assicurazioni d'indennità giornaliera con debutto di prestazione differito a 7 o più giorni dall'inizio dell'incapacità al lavoro, il periodo di differimento viene computato sulla durata massima delle prestazioni di 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi, sempre che durante il periodo d'attesa il datore di lavoro sia in obbligo di continuare a versare il salario.

⁶ Una riduzione dell'indennità giornaliera per aver provocato intenzionalmente un evento assicurativo non genera un prolungamento della durata delle prestazioni.

⁷ Alla persona assicurata non è permesso impedire l'estinzione del diritto alle prestazioni rinunciando parzialmente alle indennità giornaliera.

⁸ Sono riservate le prescrizioni legali imperative in caso di disoccupazione, in applicazione dell'art. 9 del presente regolamento.

⁹ L'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue con l'esaurimento del diritto alle prestazioni.

9 Persone disoccupate assicurate

¹ A persone disoccupate inabili al lavoro per più del 50% viene versata l'intera indennità giornaliera mentre per un'inabilità al lavoro compresa tra il 25% ed il 50% viene versata la metà dell'indennità giornaliera.

² Inoltre, le persone disoccupate possono trasformare, con adeguato adattamento dei premi, la loro assicurazione d'indennità giornaliera precedente in un'assicurazione con inizio di prestazione a partire dal 31° giorno, con garanzia dell'importo dell'indennità giornaliera e dell'età di entrata precedenti, e senza considerazione dello stato di salute al momento della trasformazione.

10 Maternità

¹ In caso di gravidanza e parto l'indennità giornaliera di maternità viene erogata se, al momento del parto, l'assicurata era a beneficio della copertura da almeno 270 giorni senza interruzione superiore a 3 mesi.

² La persona assicurata ha diritto all'indennità giornaliera di maternità per un periodo di 16 settimane, di cui 14 almeno dopo il parto.

³ Le disposizioni divergenti della Legge federale sulle indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità (assicurazione per la maternità) hanno la precedenza su questo regolamento.

11 Riduzione dell'assicurazione

Per il 1° del mese durante il quale la persona assicurata raggiunge il 65° anno d'età, l'indennità giornaliera viene ridotta (con corrispondente adattamento dei premi) al montante massimo di CHF 5.-.

12 Estero

Se l'incapacità al lavoro insorge durante un soggiorno temporaneo all'estero, l'indennità giornaliera assicurata è versata solo per la durata dell'ospedalizzazione. Sono riservate tutte le altre direttive nell'ambito delle convenzioni internazionali sulla sicurezza sociale.

13 Infortunio

¹ Sempre che siamo assicurati con rispettivo supplemento del premio, gli infortuni sono parificati a malattia nella misura in cui questo regolamento non preveda disposizioni deroganti. Se il proponente o una persona assicurata desidera escludere il rischio d'infortunio, lo deve esplicitamente indicare nella domanda di assicurazione e confermare con la sua firma, rispettivamente farne esplicita richiesta per le assicurazioni già esistenti. La persona assicurata pagherà in seguito un premio ridotto a causa dell'esclusione del rischio di infortunio. Le modifiche retroattive non sono possibili.

² Per ogni infortunio l'assicurato ritorna alla cassa entro 5 giorni il formulario di avviso di infortunio dovutamente compilato.

14 Fasce d'età e premi

¹ I premi per l'assicurazione d'indennità giornaliera sono stabiliti dal comitato direttivo della cassa e suddivisi per fascia d'età.

² Gli assicurati versano i premi in anticipo e per l'intero mese, indipendentemente dal loro stato di salute.

15 Avviso d'incapacità / Certificati medici

¹ La persona assicurata ha l'obbligo di comunicare alla cassa entro 5 giorni la sua incapacità al lavoro e di fornire entro 3 giorni supplementari un attestato della sua incapacità al lavoro emesso dal medico curante o dal chiropratico. In caso di infortunio l'assicurato ritorna alla cassa entro 5 giorni il formulario di avviso di infortunio dovutamente compilato.

² Qualora il certificato di incapacità al lavoro giunga in ritardo per colpa dell'assicurato, il diritto a percepire l'indennità giornaliera assicurata inizia al più presto a partire dalla ricezione del certificato medico. Non sono ammessi documenti e datazioni retroattivi per ottenere il versamento di prestazioni di indennità giornaliera.

³ A termine (anche parziale) dell'incapacità al lavoro è imperativo fornire alla cassa immediatamente e per iscritto un certificato medico attestante il grado e la durata dell'incapacità al lavoro.

16 Sovrindennizzo

Il concorso di prestazioni di varie assicurazioni sociali non deve comportare un sovrindennizzo dell'avente diritto.

I sovrindennizzi sono disciplinati secondo l'art. 69 LPGA.

17 Disposizioni generali

¹ Per tutte le questioni non specificatamente trattate in questo regolamento, si applicano per analogia le disposizioni legali, gli statuti e le Condizioni generali di assicurazione della cassa malati Agilia.

² Il presente regolamento si applica per analogia anche all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera, sempre che per quest'ultima non siano previste delle condizioni di assicurazione specifiche oppure altre convenzioni contrattuali.

18 Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore il 01.01.2010 e sostituisce tutte le versioni precedenti.