



# REGOLAMENTO DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE DI INDENNITÀ GIORNALIERA LAMAL

Le denominazioni di persone e funzioni riportate nel presente Regolamento si riferiscono sempre a entrambi i sessi.

## I. DISPOSIZIONI GENERALI

### Art. 1 Scopo / Basi legali

<sup>1</sup> La Cassa malati Agrisano SA, conformemente sia alle sue Condizioni Generali di Assicurazione (CGA) concernenti la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) sia alla Legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal), gestisce un'assicurazione individuale d'indennità giornaliera.

<sup>2</sup> L'assicurazione individuale d'indennità giornaliera eroga prestazioni in caso di perdita di guadagno dovuta a malattia, infortunio (a condizione che questa fattispecie sia coassicurata e che non sia coperta da alcuna assicurazione infortuni) e maternità.

## II. INIZIO, FINE E SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 2 Adesione

L'assicurazione individuale d'indennità giornaliera può essere stipulata da chi è domiciliato o attivo professionalmente nel territorio sul quale la Cassa malati Agrisano SA svolge le proprie attività, e ha già compiuto il 15° ma non ancora il 65° anno di età.

### Art. 3 Inizio / fine

<sup>1</sup> La proposta di stipulazione dell'assicurazione viene presentata per iscritto mediante l'apposito modulo prestampato della Cassa malati Agrisano SA. L'assicurazione è stipulabile in qualsiasi momento, per il primo giorno di un mese.

<sup>2</sup> Alle domande poste nel modulo devono essere date risposte complete e veritiere. Le persone incapaci di agire possono essere assicurate soltanto tramite i loro rappresentanti legali. Qualora in occasione della presentazione della proposta di adesione vengano fornite indicazioni non veritiere o incomplete, la Cassa malati Agrisano SA può adottare anche in un secondo tempo gli stessi provvedimenti che sarebbero già stati assunti al momento della presentazione della proposta in via ordinaria.

<sup>3</sup> Apponendo la propria firma sulla proposta di adesione, il proponente autorizza la Cassa malati Agrisano SA a richiedere presso il personale medico nonché presso altri assicuratori le informazioni necessarie per la stipulazione dell'assicurazione e per l'accertamento dei rischi. Ai fini dell'accertamento di un obbligo di prestazione successivo, la persona assicurata deve autorizzare con la propria firma sul modulo «Annuncio d'indennità giornaliera» nuovamente la Cassa malati Agrisano SA a raccogliere presso il personale medico nonché presso altri assicuratori le informazioni necessarie per l'accertamento delle prestazioni. La Cassa malati Agrisano SA può esigere la presentazione di un certificato medico, ovvero può disporre a proprie spese lo svolgimento di una visita medica. Il contraente deve accertarsi di poter fornire tutte le indicazioni necessarie circa la persona assicurata.

<sup>4</sup> La copertura assicurativa ha per ogni persona una validità provvisoria a partire dalla data indicata nel modulo di adesione fino al momento della consegna della polizza assicurativa. Qualora nel corso della copertura assicurativa provvisoria si verifici un caso di assicurazione, non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative se dalla documentazione da presentare ai sensi dei cpvv. 1 e 3 risulta che l'evento è riconducibile a una malattia, a un infortunio o alle cause di un infortunio pregressi rispetto alla decorrenza della copertura assicurativa provvisoria. Sono fatte salve le deroghe previste dalla legge.

<sup>5</sup> L'assicurazione di indennità giornaliera si estingue in caso di morte, uscita, esaurimento delle prestazioni, esclusione, cessazione permanente dell'attività lavorativa, partenza dal territorio di attività della Cassa malati Agrisano SA o compimento del 65° anno d'età.

<sup>6</sup> Un'uscita dall'indennità giornaliera o una riduzione della stessa possono avvenire nel rispetto di un termine di preavviso di tre mesi, sempre per fine mese.

### Art. 4 Esclusione

Qualora una persona assicurata metta in atto un comportamento illecito o altrimenti ingiustificabile, può essere esclusa dall'assicurazione nei casi in cui:

- abbia compilato la proposta di assicurazione in modo non veritiero;
- si sia ripetutamente opposta alle prescrizioni del medico oppure vi abbia contravvenuto in modo grave;
- sia in ritardo con il pagamento dei premi e non dia seguito entro un mese a un sollecito di pagamento con comminatoria di esclusione;
- siano presenti altri gravi motivi.

### Art. 5 Sospensione

<sup>1</sup> Le persone assicurate possono sospendere l'assicurazione di indennità giornaliera, dietro pagamento di un premio di rischio per un periodo massimo di cinque anni, nei seguenti casi:

- soggiorno all'estero per un periodo superiore a tre mesi;
- servizio militare o di protezione civile per un periodo complessivo superiore a 60 giorni;
- obbligo di assicurazione di almeno tre mesi presso un'altra cassa malati, nonché in altri casi analoghi;
- detenzione o permanenza di oltre tre mesi in una struttura di esecuzione delle pene e delle misure.

<sup>2</sup> Qualora le predette condizioni vengano meno, la persona assicurata è tenuta a riattivare l'assicurazione di indennità giornaliera entro un termine di 14 giorni.

<sup>3</sup> Il premio di rischio ammonta al 10 % dei premi ordinari, tuttavia con un importo minimo di CHF 10.- al mese.

<sup>4</sup> La sospensione deve essere richiesta anticipatamente per iscritto.

### Art. 6 Riserve

<sup>1</sup> Le malattie e le conseguenze di infortuni che sussistono al momento dell'adesione vengono escluse dalla copertura assicurativa attraverso l'applicazione di una riserva. Lo stesso vale per eventuali malattie pregresse che, empiricamente, possono comportare delle ricadute.

<sup>2</sup> La riserva è valida solo se comunicata per iscritto alla persona assicurata. Nella comunicazione devono essere indicati con esattezza la malattia oggetto di riserva o l'infortunio le cui conseguenze sono poste sotto riserva, nonché l'inizio e la fine del periodo di riserva.

<sup>3</sup> La riserva assicurativa si estingue al più tardi dopo cinque anni. Prima della scadenza del suddetto termine, la persona assicurata può comprovare che la riserva non è più giustificata.

<sup>4</sup> In caso di aumento dell'indennità giornaliera individuale assicurata o di riduzione del termine di attesa, trovano applicazione per analogia i cpvv. 1 - 3.

### Art. 7 Cambiamento dell'assicuratore

<sup>1</sup> La Cassa malati Agrisano SA non può formulare nuove riserve se la persona assicurata passa alla cassa stessa per i seguenti motivi:

- lo esige l'avvio o la cessazione del suo rapporto di lavoro;
- esce dal raggio territoriale di attività del precedente assicuratore;
- il precedente assicuratore non esercita più l'assicurazione sociale malattie.

<sup>2</sup> La Cassa malati Agrisano SA può mantenere le riserve formulate dal precedente assicuratore fino alla scadenza inizialmente prevista.

<sup>3</sup> Il precedente assicuratore è tenuto a informare per iscritto la persona assicurata in merito al suo diritto di libero passaggio. Laddove questa informazione venga omessa, egli deve continuare a garantire la copertura assicurativa. La persona assicurata deve far valere il proprio diritto di libero passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

<sup>4</sup> Su domanda della persona assicurata, la Cassa malati Agrisano SA è tenuta ad assicurare l'indennità giornaliera per un importo pari a quello precedente e può computare le indennità giornaliere già corrisposte dal precedente assicuratore nella durata del diritto alle prestazioni ai sensi dell'art. 72 LAMal.

### Art. 8 Uscita da un'assicurazione collettiva

<sup>1</sup> Se una persona assicurata esce dalla copertura collettiva in quanto non rientra più nella platea designata nel contratto o perché il contratto stesso viene risolto, essa ha diritto di passare nell'assicurazione individuale della Cassa malati Agrisano SA.

<sup>2</sup> Chi esce da un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera LAMal può, nell'ambito della copertura assicurativa già esistente, stipulare un importo massimo giornaliero anche più elevato rispetto al limite di cui all'art. 9 cpv. 3 del presente Regolamento. L'importo massimo corrisponde a quello che era assicurato nel contratto collettivo.

<sup>3</sup> Dopo l'uscita da un'assicurazione collettiva non possono essere formulate nuove riserve nell'assicurazione individuale.

<sup>4</sup> La Cassa malati Agrisano SA informa per iscritto le persone assicurate circa il loro diritto di passaggio all'assicurazione individuale. Qualora tale informazione venga omessa, la persona assicurata rimane nell'assicurazione collettiva. La persona assicurata deve far valere il proprio diritto di passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

### III. OFFERTA ASSICURATIVA

#### Art. 9 Offerta assicurativa

<sup>1</sup> La persona proponente può stipulare un'assicurazione per un'indennità giornaliera in caso di malattia di importo massimo di CHF 20.- dopo un termine d'attesa di:

- a) 14 giorni
- b) 21 giorni
- c) 30 giorni
- d) 60 giorni
- e) 90 giorni
- f) 180 giorni
- g) 360 giorni

In caso di prestazione, l'importo dell'indennità giornaliera non può comportare un sovraindennizzo ai sensi dell'art. 19.

<sup>2</sup> La persona proponente può assicurare un'indennità giornaliera in caso di infortunio di importo massimo di CHF 20.- dopo un termine d'attesa di:

- h) 14 giorni
- i) 21 giorni
- j) 30 giorni
- k) 60 giorni
- l) 90 giorni
- m) 180 giorni
- n) 360 giorni

In caso di prestazione, l'importo dell'indennità giornaliera non può comportare un sovraindennizzo ai sensi dell'art. 19.

<sup>3</sup> Per ogni persona assicurata, tra tutte le tipologie di copertura è possibile assicurare un importo complessivo massimo di CHF 20.- come indennità giornaliera.

### IV. GRUPPI DI ETÀ E PREMI

#### Art. 10 Gruppi di età

<sup>1</sup> Sono previsti i seguenti gruppi di età:

- 18 fino al compimento del 18° anno di età
- 25 fino al compimento del 25° anno di età
- 30 fino al compimento del 30° anno di età d'entrata
- 35 fino al compimento del 35° anno di età d'entrata
- 40 fino al compimento del 40° anno di età d'entrata
- 45 fino al compimento del 45° anno di età d'entrata
- 50 fino al compimento del 50° anno di età d'entrata
- 55 fino al compimento del 55° anno di età d'entrata
- 60 fino al compimento del 60° anno di età d'entrata
- 65 fino al compimento del 65° anno di età d'entrata
- 70 a partire dal compimento del 65° anno di età d'entrata

<sup>2</sup> Dopo il compimento dei 18 anni, gli assicurati del gruppo di età 18 vengono assegnati al gruppo di età 25; parimenti, dopo il compimento dei 25 anni gli assicurati nel gruppo di età 25 passano al gruppo 30. In seguito rimangono nel gruppo 30 a prescindere dalla loro età. Il passaggio al gruppo di età successivo avviene sempre all'inizio dell'anno civile successivo.

<sup>3</sup> In caso di ampliamento della copertura assicurativa, l'assegnazione al gruppo di età per le prestazioni che eccedono le precedenti prestazioni assicurative viene effettuata sulla base dell'età anagrafica e/o di ingresso al momento della decorrenza di tale ampliamento.

#### Art. 11 Premi

<sup>1</sup> I premi per l'assicurazione individuale di indennità giornaliera vengono stabiliti dal Consiglio di amministrazione.

<sup>2</sup> Le persone assicurate sono tenute a versare i premi in anticipo per l'intero mese, per i giorni di salute così come per quelli di malattia. Qualora l'assicurazione individuale di indennità giornaliera LAMal non termini alla fine di un mese, il rispettivo premio viene calcolato pro rata temporis in base ai giorni effettivi.

### V. AMBITO DELLE PRESTAZIONI

#### Art. 12 Diritto alle prestazioni

<sup>1</sup> La condizione preliminare per la maturazione del diritto alle prestazioni è un'incapacità lavorativa di almeno il 50 % attestata dal medico curante o dal chiropratico.

<sup>2</sup> Il diritto alle prestazioni di indennità giornaliera individuale sussiste soltanto nella misura in cui la persona assicurata non tragga guadagno dalla propria assicurazione (sovraindennizzo). A tale proposito trovano applicazione le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA).

<sup>3</sup> L'indennità giornaliera viene corrisposta, per una o più malattie e/o per uno o più infortuni, al massimo per 720 giorni nell'arco di 900 giorni.

<sup>4</sup> Un diritto alla fruizione delle prestazioni matura soltanto una volta decorso il termine di attesa convenuto, il quale viene calcolato a partire dal giorno di inizio dell'incapacità lavorativa confermata da certificato medico.

<sup>5</sup> Il termine di attesa convenuto per malattia e infortunio viene calcolato congiuntamente per una volta nell'arco di 365 giorni.

<sup>6</sup> Il termine di attesa deve essere trascorso integralmente.

<sup>7</sup> Il termine di attesa convenuto viene computato sulla durata massima delle prestazioni di 720 giorni nell'arco di 900 giorni, laddove durante tale periodo il datore di lavoro sia tenuto alla continuazione del pagamento del salario.

<sup>8</sup> Le prestazioni di maternità non sono incluse nel computo per la durata massima di percepimento.

<sup>9</sup> In caso d'incapacità lavorativa parziale viene corrisposta un'indennità giornaliera ridotta in misura proporzionale per un periodo massimo di 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi. La copertura assicurativa per la capacità lavorativa residua viene mantenuta.

<sup>10</sup> La persona assicurata non può evitare l'esclusione mediante la rinuncia parziale alle prestazioni di indennità giornaliera.

<sup>11</sup> Il diritto alle prestazioni si estingue al più tardi con l'uscita dall'assicurazione.

#### Art. 13 Persone assicurate disoccupate

<sup>1</sup> Alle persone assicurate disoccupate viene corrisposta l'intera indennità per malattia in caso d'incapacità lavorativa superiore al 50 %.

<sup>2</sup> Previo opportuno adeguamento dei premi, le persone assicurate disoccupate possono convertire la loro precedente assicurazione d'indennità giornaliera per malattia in un'assicurazione con decorrenza delle prestazioni dal 31° giorno, mantenendo l'ammontare della precedente indennità giornaliera nonché la stessa età d'entrata, indipendentemente dallo stato di salute al momento della conversione.

#### Art. 14 Maternità

<sup>1</sup> In caso di gravidanza e parto vengono erogate le indennità giornalieri assicurate, a condizione che fino al giorno del parto la puerpera fosse già stata assicurata per un periodo minimo di 270 giorni senza interruzioni superiori ai tre mesi presso una cassa malati per l'indennità giornaliera applicabile al momento delle prestazioni di maternità.

<sup>2</sup> Laddove non sussista alcun sovraindennizzo, l'assicurata ha diritto a un'indennità giornaliera per maternità per un periodo massimo 16 settimane, di cui un massimo di due settimane prima del parto.

<sup>3</sup> Il diritto all'indennità si estingue il giorno in cui ha luogo la ripresa totale o parziale dell'attività lavorativa.

#### Art. 15 Prestazioni all'estero

In caso di incapacità lavorativa durante un soggiorno all'estero, l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta solo per la durata di un ricovero ospedaliero in regime di degenza.

#### Art. 16 Notifica / Certificato

<sup>1</sup> La persona assicurata è tenuta a notificare la propria incapacità lavorativa entro dieci giorni e a presentare entro tre ulteriori giorni un'attestazione scritta di incapacità lavorativa rilasciata dal medico o dal chiropratico curante. In caso d'infortunio, il modulo di notifica d'infortunio fornito dalla Cassa malati Agrisano SA deve esserle rispedito entro dieci giorni debitamente compilato e firmato.

<sup>2</sup> In caso di presentazione tardiva imputabile a colpa propria dell'attestazione d'incapacità lavorativa, il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste solo a partire dal pervenimento del certificato medico rilevante. Qualsiasi operazione di retrodatazione per il conseguimento di prestazioni di indennità giornaliera è illecita.

<sup>3</sup> Al termine dell'incapacità lavorativa è necessario far pervenire tempestivamente alla Cassa malati Agrisano SA una dichiarazione scritta del medico a tale riguardo. Questo iter deve essere seguito anche laddove sia ancora

presente un'incapacità lavorativa che tuttavia non dà diritto alla fruizione di prestazioni.

#### Art. 17 Rapporti con altri assicuratori

Nell'ambito di un'eventuale sovrassicurazione, le prestazioni erogate dall'assicurazione individuale di indennità giornaliera sono subordinate alle seguenti prestazioni:

- a) Legge sulle indennità di perdita di guadagno LIPG
- b) assicurazione per la vecchiaia e i superstiti AVS
- c) assicurazione militare AM
- d) assicurazione infortuni LAINF
- e) assicurazione per l'invalidità AI
- f) altre assicurazioni sociali, laddove non trovino esplicita applicazione di disposizioni legali di coordinamento.
- g) prestazioni di indennità giornaliera di altri assicuratori privati
- h) assicurazione di responsabilità civile

#### Art. 18 Riduzione e rifiuto delle prestazioni assicurative

In relazione alla riduzione o al rifiuto di prestazioni trovano applicazione le disposizioni ai sensi dell'art. 21 LPGA.

#### Art. 19 Sovraindennizzo / Guadagno assicurativo

<sup>1</sup> Sono considerate come guadagno assicurativo le prestazioni che eccedono la copertura della perdita di guadagno. In tale computo sono inclusi i costi dovuti a malattia o infortunio non coperti da altre assicurazioni.

<sup>2</sup> Alle persone assicurate che non sono in grado di presentare un'attestazione circa la perdita di guadagno non coperta o i costi legati a malattia o infortunio non coperti da altre assicurazioni viene applicata una riduzione commisurata dell'indennità giornaliera.

<sup>3</sup> In caso di riduzione dell'indennità giornaliera a seguito di sovraindennizzo, la persona assicurata colpita da incapacità lavorativa ha diritto al controvalore di 720 indennità giornaliere intere. Di conseguenza, i termini per il percepimento vengono prolungati in funzione della riduzione.

## VI. DISPOSIZIONI FINALI

#### Art. 20 Disposizioni generali

Per tutte le questioni non disciplinate in modo specifico nel presente Regolamento trovano applicazione per analogia le disposizioni di legge vigenti e le CGA della Cassa malati Agrisano SA.

#### Art. 21 Foro giuridico

In caso di controversie relative ad assicurazioni ai sensi delle presenti disposizioni è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui la persona assicurata o il terzo ricorrente ha il proprio domicilio nel momento in cui presenta il ricorso.

#### Art. 22 Entrata in vigore

Il presente Regolamento entra in vigore in data 1° gennaio 2019.