

# Condizioni generali d'assicurazione (CGA) Challenge Copertura di un'indennità giornaliera per indipendenti secondo la LCA

IJIAM01-I3 – edizione 01.01.2011

## Indice

### A. Generalità

- Art. 1** Oggetto dell'assicurazione  
**Art. 2** Basi giuridiche del contratto  
**Art. 3** Definizioni

### B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 4** Rischi assicurati  
**Art. 5** Persona assicurata  
**Art. 6** Copertura d'assicurazione  
**Art. 7** Affiliazione con esame del rischio  
**Art. 8** Inizio e fine del contratto  
**Art. 9** Rinuncia alla disdetta a seguito di un sinistro  
**Art. 10** Inizio e fine della copertura assicurativa

### C. Prestazioni assicurate

- Art. 11** Prestazioni  
**Art. 12** Prestazioni all'estero  
**Art. 13** Limitazione del diritto alle prestazioni

### D. Premi

- Art. 14** Calcolo dei premi  
**Art. 15** Pagamento dei premi  
**Art. 16** Adeguamento del tasso di premio

### E. Altre disposizioni

- Art. 17** Obblighi del contraente  
**Art. 18** Prestazioni di terzi  
**Art. 19** Compensazione  
**Art. 20** Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni  
**Art. 21** Comunicazioni  
**Art. 22** Giurisdizione e foro competente

## A. Generalità

### Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicuratore indicato nella polizza accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un'incapacità lavorativa derivante da malattia, e da infortunio se tale copertura è inclusa nella polizza.

### Art. 2 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite:

1. Dalle presenti condizioni generali d'assicurazione, dalle eventuali condizioni complementari o particolari, dalle disposizioni della polizza e dalle eventuali clausole addizionali.
2. Dalle dichiarazioni scritte nella proposta, dalle altre dichiarazioni scritte del contraente e dal questionario sullo stato di salute.
3. Dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
4. Dalla legge sulla protezione dei dati (LPD), alla quale l'assicuratore è soggetto in materia di trattamento dei dati.

## Art. 3 Definizioni

### 1. Malattia

Per malattia s'intende qualsiasi danno involontario alla salute fisica o mentale, medicalmente e oggettivamente riconosciuto che non è dovuto ad un infortunio o ai suoi postumi e che necessita un esame o un trattamento medico o che comporta un'incapacità lavorativa. Le complicazioni legate alla gravidanza sono equiparate ad una malattia.

### 2. Infortunio

Per infortunio s'intende qualsiasi lesione, improvvisa e involontaria, al corpo umano derivante da una causa esterna straordinaria che compromette la salute fisica o mentale ed è medicalmente e oggettivamente percettibile.

Sono generalmente equiparati ad un infortunio ai sensi della LAINF i postumi di un infortunio, le ricadute di infortuni, le lesioni fisiche equiparate ad un infortunio e le malattie professionali.

### 3. Danno alla salute

Il danno alla salute include i casi di malattia o d'infortunio.

#### **4. Incapacità lavorativa**

Per incapacità lavorativa s'intende qualsiasi perdita, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di esercitare nell'ambito della propria professione o del proprio campo d'attività il lavoro che si può ragionevolmente esigere da lui, se tale perdita deriva da un danno alla sua salute fisica o mentale. In caso d'incapacità lavorativa di lunga durata, l'attività che si può esigere dall'assicurato può anche rientrare in un'altra professione o un altro campo d'attività.

#### **5. Caso**

Per caso s'intende il verificarsi di un'incapacità lavorativa che dà diritto a prestazioni e che è causata da uno o più danni alla salute.

#### **6. Ricaduta/nuovo caso:**

- Un'incapacità lavorativa, medicalmente collegata a un caso anteriore, è considerata una ricaduta.
- La ricaduta è considerata come nuovo caso d'assicurazione soltanto se insorge dopo un termine di 365 giorni.

## **B. Estensione dell'assicurazione**

### **Art. 4 Rischi assicurati**

1. L'assicuratore garantisce automaticamente la copertura del rischio malattia, salvo disposizioni contrattuali contrarie.
2. Il rischio infortunio è coperto solo se espressamente previsto nella polizza. L'estensione delle prestazioni in caso d'infortunio è la stessa che per la malattia.
3. Le malattie professionali e le lesioni corporali equiparate ad un infortunio ai sensi della LAINF e i loro postumi sono esclusivamente assunti dalla copertura infortunio.
4. L'assicuratore versa le indennità giornaliere fino a concorrenza della copertura prevista nella polizza.

### **Art. 5 Persona assicurata**

1. La copertura d'assicurazione è garantita esclusivamente alla persona specificata nella polizza, che esercita un'attività indipendente ai sensi della LAVS.
2. La persona che ha esaurito il proprio diritto alle prestazioni di un'assicurazione d'indennità giornaliera non può stipulare un contratto Challenge d'indennità giornaliera.

### **Art. 6 Copertura d'assicurazione**

1. L'indipendente è assicurato per una somma fissa indicata nella polizza d'assicurazione. Tale salario convenzionale è coperto sotto forma di assicurazione di somme, alla quale si applicano tuttavia le modalità dell'articolo 18 relativo alle prestazioni di terzi.
2. Salvo disposizioni contrarie, la durata del diritto alle prestazioni è di 730 indennità giornaliere in un periodo di 900 giorni consecutivi per una o più incapacità lavorative.

### **Art. 7 Affiliazione con esame del rischio**

Per sottoscrivere la copertura Challenge è necessario effettuare un esame dello stato di salute.

### **Art. 8 Inizio e fine del contratto**

1. La data d'entrata in vigore del contratto è indicata nella polizza, come pure la data di scadenza, fissata al 31 dicembre di un anno civile.
2. Alla scadenza del contratto e salvo notifica di disdetta inviata per raccomandata al massimo entro il 30 settembre dell'anno civile, il contratto è prolungato tacitamente di anno in anno.
3. In caso di cessazione dell'attività, la disdetta è accettata per la fine del mese corrispondente. L'assicuratore deve essere informato dei fatti entro 30 giorni dalla cessazione dell'attività indipendente o dalla dichiarazione di fallimento.
4. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore ha versato una prestazione, il contraente ha il diritto di disdire il contratto al massimo entro 14 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza del pagamento dell'indennità. Se il contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti non appena l'assicuratore riceve la notifica di disdetta.
5. Se l'indipendente ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti a danno dell'assicuratore, il contratto può essere disdetto.

### **Art. 9 Rinuncia alla disdetta a seguito di un sinistro**

L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto che ha per legge di recedere dal contratto a seguito di sinistro, salvo in caso di abuso, di falsa dichiarazione, di dolo, di reticenza o di loro tentativi.

### **Art. 10 Inizio e fine della copertura assicurativa**

1. La copertura assicurativa comincia a decorrere dal giorno in cui inizia l'attività indipendente, ma in ogni caso non prima dell'entrata in vigore della polizza.
2. La copertura assicurativa e il diritto alle prestazioni cessano:
  - a. in caso di disdetta o di sospensione del contratto;
  - b. in caso di esaurimento del diritto alle prestazioni;
  - c. in caso di cessazione definitiva dell'attività indipendente;
  - d. alla fine del mese in cui l'indipendente va in pensione, ma al massimo alla fine del mese in cui raggiunge l'età della pensione AVS;
  - e. in caso di trasferimento del domicilio all'estero;
  - f. in caso di mancato pagamento dei premi, secondo l'articolo 15 delle presenti condizioni.

## **C. Prestazioni assicurate**

### **Art. 11 Prestazioni Condizioni**

1. L'indennità giornaliera è versata in caso d'incapacità lavorativa a partire dal 25%.
2. L'incapacità lavorativa di una persona parzialmente invalida o disabile si calcola in funzione del grado dell'incapacità di continuare ad esercitare la propria attività attuale.

3. In caso d'incapacità lavorativa totale o parziale, l'assicuratore deve essere informato entro 7 giorni dall'inizio dell'interruzione del lavoro tramite un certificato medico rilasciato da un medico riconosciuto. Tuttavia, per i periodi d'attesa di 30 giorni e più, l'obbligo d'informare l'assicuratore è di 15 giorni a contare dall'inizio dell'interruzione del lavoro. Se il certificato medico di notifica del sinistro (certificato iniziale) è trasmesso all'assicuratore dopo questo termine, il giorno di ricevimento è considerato come primo giorno d'incapacità lavorativa e il periodo d'attesa scelto comincia a decorrere da tale data. Il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste non prima di questo termine.
4. Se la prima consultazione avviene più di 3 giorni dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa, l'assicuratore si riserva il diritto di considerare il giorno della consultazione come primo giorno d'incapacità.
5. Se il certificato iniziale è stato emesso più di 3 giorni dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa, l'assicuratore si riserva il diritto di considerare il giorno di rilascio del certificato come primo giorno d'incapacità.
6. L'obbligo di erogare le prestazioni è sospeso durante il congedo maternità. Per congedo maternità s'intende il periodo ininterrotto di 14 settimane dal giorno del parto.

#### **Versamento**

7. L'indennità giornaliera dovuta è versata per ogni giorno d'incapacità lavorativa (domenica e giorni festivi compresi).
8. In caso d'incapacità lavorativa parziale, l'indennità giornaliera è versata in proporzione al grado d'incapacità lavorativa.
9. L'indennizzo dell'incapacità lavorativa potrà essere versato solo al ricevimento di un certificato intermedio o finale (ripresa del lavoro). Il certificato intermedio deve essere inviato all'assicuratore una volta al mese. Al ricevimento del certificato medico intermedio, l'assicuratore indennizzerà l'assicurato solo fino alla data di redazione del certificato rilasciato dal prestatore o al massimo fino alla fine del mese in corso.

#### **Periodo d'attesa**

10. L'indennità giornaliera assicurata è versata dopo la scadenza del periodo d'attesa scelto. Per il calcolo del periodo d'attesa, i giorni d'incapacità lavorativa parziale sono considerati come giorni interi.
11. Il periodo d'attesa si applica ad ogni incapacità lavorativa, salvo se si tratta di un caso di ricaduta, su riserva dell'applicazione del rimanente periodo d'attesa.
12. Il periodo d'attesa è applicabile anche quando si cambia rischio (malattia, infortunio) nel corso di un'incapacità lavorativa.
13. Il termine d'attesa è imputato sulla durata delle prestazioni.

#### **Durata delle prestazioni**

14. Nel caso sia possibile pretendere che l'assicurato sfrutti la propria capacità lavorativa in un'altra professione adeguata, l'assicuratore accetta di continuare a versare gli indennizzi per un periodo di transizione compreso tra tre e cinque mesi.
15. I giorni d'incapacità lavorativa parziale indennizzati sono considerati come giorni interi.

#### **Rinuncia**

16. L'assicurato non deve cercare di impedire l'esaurimento del suo diritto all'indennità giornaliera, rinunciando ad essa ancor prima che il medico abbia attestato la sua totale guarigione.

### **Art. 12 Prestazioni all'estero**

1. Durante un soggiorno all'estero, fuori della Svizzera o del Liechtenstein, le prestazioni non sono versate. Le prestazioni sono nuovamente erogate dal rientro debitamente attestato dell'assicurato in Svizzera o nel Liechtenstein. Tuttavia, le prestazioni sono erogate durante il periodo dell'ospedalizzazione se non è possibile effettuare un rimpatrio.
2. L'indipendente che desidera andare all'estero durante la propria incapacità lavorativa deve informarne l'assicuratore. Quest'ultimo, dopo aver valutato le circostanze, si riserva il diritto di continuare a erogare le indennità giornaliere.
3. L'indipendente in incapacità lavorativa che lascia temporaneamente la Svizzera o il Liechtenstein, senza l'accordo dell'assicuratore, non ha più diritto alle prestazioni d'assicurazione fino al suo rientro.

### **Art. 13 Limitazione del diritto alle prestazioni**

1. Se l'assicurato non rispetta gli obblighi dell'articolo 17, le prestazioni possono essere ridotte e in casi gravi persino rifiutate.
2. Le prestazioni sono ridotte quando l'assicurato non rispetta le prescrizioni del medico.
3. Le prestazioni sono rifiutate:
  - a. se l'incapacità lavorativa deriva da un'affezione per la quale sussiste una riserva;
  - b. in caso di reticenza;
  - c. in caso di notifica di un danno alla salute intenzionalmente falsa;
  - d. in caso d'incapacità lavorativa derivante da un intervento di chirurgia plastica volontario;
  - e. se si prende parte ad una rissa o ad una lite tra due o più persone, ad atti di guerra o di terrorismo, a crimini o delitti commessi o tentati intenzionalmente;
  - f. in caso d'incapacità lavorativa derivante da un danno alla salute causato dall'assicurato (suicidio, tentativo di suicidio, mutilazioni volontarie);
  - g. per i danni alla salute derivanti da radiazioni ionizzanti e i danni causati da radiazioni nucleari;
  - h. in caso di terremoti;
  - i. durante il servizio militare all'estero;
  - j. durante la partecipazione a imprese temerarie ai sensi della LAINF;
  - k. se l'assicurato rifiuta di collaborare alle misure d'istruzione richieste dall'assicuratore, in particolare farsi esaminare da un medico perito designato dall'assicuratore o conformarsi a misure che gli permettano di utilizzare la capacità lavorativa (ad esempio misure di reinserimento);
  - l. se, senza il consenso dell'assicuratore, l'assicurato cambia medico, anche se questo attesta una ripresa totale o parziale del lavoro;

- m. quando l'assicurato non rispetta il principio della riduzione del danno;
- n. in casi di postumi dovuti ad atti di guerra
  - in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein,
  - all'estero, a meno che l'assicurato non sia stato colto alla sprovvista da tali avvenimenti nel paese dove soggiorna e l'incapacità lavorativa si manifesta entro tre mesi dall'inizio di tali avvenimenti;
- o. in caso d'incapacità lavorativa che insorge durante una detenzione preventiva o una privazione di libertà (legata all'esecuzione di una sanzione penale o a scopo d'assistenza), anche dopo la liberazione, fino al riacquisto della piena capacità lavorativa.

## D. Premi

### Art. 14 Calcolo dei premi

1. Il premio è calcolato in base alla somma assicurata e in funzione della classe d'età alla quale appartiene l'assicurato.
2. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge il livello massimo della sua classe d'età è automaticamente trasferito nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo.
3. Le classi d'età determinanti sono fissate fino a 45 anni. Da 46 a 71 anni, le classi d'età sono suddivise in fasce di cinque anni.

### Art. 15 Pagamento dei premi

1. Il contraente è il debitore dei premi.
2. Il premio è fissato contrattualmente e deve essere pagato entro il termine fissato nella polizza.
3. Gli acconti dei premi che si possono esigere nel corso dell'anno d'assicurazione sono considerati come anticipi scaglionati da pagare in virtù dei termini convenuti. Le quote non pagate del premio annuo sono dovute.
4. Se il premio non è pagato entro i termini, l'assicuratore ingiunge al debitore di pagare la somma dovuta, a cui si aggiungono le spese, entro 14 giorni dall'invio dell'ingiunzione e gli ricorda le conseguenze della messa in mora. Se il premio arretrato e le spese non sono pagati nel termine imposto, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi fino alla scadenza di tale termine. Per sospensione degli obblighi dell'assicuratore s'intende:
  - per i nuovi sinistri, il non prendere in considerazione quelli che si verificano durante il periodo di sospensione;
  - per i sinistri in corso, la sospensione del versamento delle prestazioni durante tutto il periodo di sospensione.
5. Se l'assicuratore non richiede tramite procedimento esecutivo il pagamento del premio arretrato in questione e le spese nei due mesi successivi alla scadenza del termine di 14 giorni, il contratto è considerato come terminato.
6. Durante il periodo di sospensione, i giorni d'incapacità lavorativa dei sinistri in corso sono imputati sulla durata del diritto alle prestazioni. La copertura assicurativa e il pagamento delle prestazioni per i sinistri in corso ripren-

dono, non retroattivamente, solo a partire dall'incasso dei premi insoluti.

7. Se l'affiliazione inizia o cessa nel corso di un mese civile, i premi sono dovuti per tutto il mese civile

### Art. 16 Adeguamento del tasso di premio

1. L'assicuratore fissa il tasso di premio per ogni anno civile.
2. Gli adeguamenti si effettuano per il 1° gennaio di ogni anno civile.
3. L'assicuratore comunica al contraente il nuovo tasso al massimo 25 giorni prima della fine dell'anno in corso. Se il contraente si oppone alla modifica del contratto, può notificarne la disdetta per la fine dell'anno.
4. Se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta per raccomandata entro la fine dell'anno civile, le modifiche sono considerate approvate.

## E. Altre disposizioni

### Art. 17 Obblighi del contraente

1. Il contraente s'impegna a notificare i casi di sinistro e a fornire all'assicuratore, di sua spontanea volontà o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (certificati medici, rapporti medici, ecc.).
2. Qualsiasi modifica del tasso d'incapacità lavorativa deve essere immediatamente comunicato all'assicuratore.
3. L'avente diritto deve fornire all'assicuratore qualsiasi documento rilevante, compresa una procura che autorizza l'assicuratore ad ottenere informazioni da terzi, affinché possa stabilire la fondatezza delle pretese, pena decadenza del diritto alle prestazioni.
4. L'assicurato libera il personale medico consultato dal segreto professionale nei confronti del medico di fiducia dell'assicuratore.
5. L'assicurato deve collaborare con gli ispettori dei malati e i medici delegati dall'assicuratore e seguire le loro prescrizioni. Ha l'obbligo di informare e di rispondere alle domande che potrebbero essergli poste. Se l'assicurato non si presenta il giorno della convocazione dal medico senza valido motivo, l'assicuratore si riserva il diritto di ridurre o di rifiutare alcune prestazioni, se non addirittura di chiedere il rimborso delle prestazioni già erogate e di fatturare all'assicurato gli onorari della consultazione alla quale non si è presentato.
6. Dall'inizio dell'incapacità lavorativa, l'assicurato deve consultare un medico autorizzato a esercitare l'attività medica e seguire le sue prescrizioni. Deve evitare tutto ciò che può nuocere alla sua guarigione o prolungare la sua incapacità.
7. L'assicurato deve partecipare, nei limiti di quanto gli è possibile, ad una cura o ad un piano di reinserimento professionale adeguato e atto a migliorare notevolmente la sua capacità lavorativa o di offrire una nuova possibilità di guadagno.

## **Art. 18 Prestazioni di terzi**

1. Nell'ambito del rilevamento tempestivo, l'assicuratore è abilitato ad annunciare un assicurato all'ufficio AI. Tale assicurato è prima informato della procedura.
2. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicuratore può incitare l'assicurato a presentare una richiesta all'assicurazione invalidità.
3. Dal momento in cui l'assicuratore invita l'assicurato ad annunciarsi presso un ente sociale competente per l'assunzione delle prestazioni, o a conformarsi a delle misure, l'assicuratore subordina l'erogazione delle proprie prestazioni all'effettiva notifica del caso. In caso di rifiuto, l'assicuratore si riserva il diritto di pretendere il rimborso delle prestazioni già anticipate dalla notifica della richiesta in questione.
4. Se un terzo riduce le proprie prestazioni a causa di una sanzione, l'assicuratore non compensa la riduzione che ne scaturisce.
5. Dal verificarsi di un sinistro assicurato, l'assicuratore è surrogato fino a concorrenza delle prestazioni contrattuali ai diritti dell'assicurato e dei superstiti contro qualsiasi terzo responsabile.
6. Se, senza accordo dell'assicuratore, l'assicurato stipula con un terzo tenuto a versare prestazioni una convenzione nella quale rinuncia totalmente o parzialmente alle prestazioni assicurative o al risarcimento a cui ha diritto, le prestazioni contrattuali corrispondenti sono ridotte in proporzione.
7. L'assicuratore anticipa le prestazioni perdita di guadagno finché l'assicurazione invalidità (LAI), l'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (LAM) o una assicuratore straniero non definiscono un diritto a una rendita. Dall'erogazione di una rendita da parte di uno o più enti precitati, l'assicuratore ha il diritto di richiedere direttamente a questi ultimi il rimborso degli anticipi effettuati. La restituzione dell'eccedenza versata resta all'assicuratore.
8. Per il calcolo della durata delle prestazioni, i giorni in cui le prestazioni sono ridotte a causa di prestazioni di terzi sono considerati come giorni interi.
9. Se oltre alle indennità giornaliere dovute sono erogate altre prestazioni sociali quali l'Assicurazione invalidità, l'Assicurazione contro gli infortuni, l'Assicurazione militare o l'Assicurazione malattie LAMal, a tali indennità è detratto l'importo versato dalle assicurazioni sociali, nei limiti delle prestazioni previste nella polizza.

## **Art. 19 Compensazione**

1. L'assicuratore può compensare le prestazioni scadute con crediti dell'avente diritto.
2. Il contraente non ha alcun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.

## **Art. 20 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni**

Il contraente non può né cedere, né costituire in pegno ciò che deve all'assicuratore, senza il consenso di quest'ultimo.

## **Art. 21 Comunicazioni**

1. Qualsiasi comunicazione deve essere indirizzata all'amministrazione generale dell'assicuratore o a una delle sue agenzie ufficiali i cui indirizzi figurano nella lista messa a disposizione dall'assicuratore.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore sono inviate all'ultimo indirizzo che il contraente ha indicato all'assicuratore.

## **Art. 22 Giurisdizione e foro competente**

1. Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio e in franchi svizzeri.
2. In caso di controversia, il contraente o l'avente diritto può scegliere di rivolgersi ai tribunali del proprio domicilio in Svizzera o a quelli della sede dell'assicuratore. Se il contraente o l'avente diritto è domiciliato all'estero, il foro competente è quello in cui ha sede l'assicuratore.