

Regolamento di assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal

Sommario

Art. 1	Scopo / Base legale	1
Art. 2	Affiliazione	1
Art. 3	Libera circolazione delle persone UE/AELS	1
Art. 4	Inizio, estinzione, sospensione, adeguamento dell'assicurazione	1
Art. 5	Riserve e rischio elevato	2
Art. 6	Cambiamento dell'assicuratore	2
Art. 7	Assicurazione collettiva	2
Art. 8	Offerta assicurativa	3
Art. 9	Diritto alle prestazioni	3
Art. 10	Esclusioni	3
Art. 11	Disoccupazione	4
Art. 12	Maternità	4
Art. 13	Età AVS	4
Art. 14	Viaggi all'estero	4
Art. 15	Infortunio	4
Art. 16	Fasce d'età e premi	4
Art. 17	Notifica / Certificato / Procedura in caso di malattia o infortunio	5
Art. 18	Sovrindennizzo	5
Art. 19	Disposizioni generali e giurisdizione	5

Art. 1 Scopo / Base legale

¹ Sumiswelder offre un'assicurazione d'indennità giornaliera in conformità con le sue Condizioni generali di assicurazione (CGA). Le CGA sono subordinate alla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e alla legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA).

² L'assicurazione d'indennità giornaliera accorda prestazioni per la perdita di guadagno dovuta a incapacità al lavoro causata da malattia, infortunio o maternità.

Art. 2 Affiliazione

¹ Può stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera chiunque abbia il domicilio o eserciti l'attività lucrativa nel raggio d'attività territoriale di Sumiswelder e abbia compiuto i 15 anni, ma non ancora i 65 anni. La proposta è presentata per iscritto tramite un modulo prestampato. La persona proponente deve rispondere a tutte le domande del modulo in modo completo e veritiero.

² La persona proponente autorizza l'assicuratore a raccogliere le informazioni necessarie per l'ammissione e l'accertamento di un successivo obbligo di prestazione. Inoltre, l'assicuratore può richiedere un certificato medico o un controllo da parte di un medico di fiducia. L'assicuratore può altresì designare il medico. Eventuali costi sono a carico dell'assicuratore.

³ La persona da assicurare può scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

⁴ L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma di assicurazione collettiva. Possono stipulare un'assicurazione collettiva:

- a. i datori di lavoro, per sé e per i propri dipendenti;
- b. le associazioni di datori di lavoro e le associazioni professionali, per i loro affiliati e i dipendenti dei loro affiliati;
- c. le associazioni di lavoratori, per i loro soci.

⁵ Qualsiasi trasferimento di domicilio o cambiamento di indirizzo deve essere comunicato all'assicuratore entro 30 giorni. È considerato cambiamento di domicilio il trasferimento del domicilio a norma del diritto civile.

Art. 3 Libera circolazione delle persone UE/AELS

Dall'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone con l'Unione europea (UE) e l'Associazione europea di libero scambio (AELS), in Svizzera occorre tenere conto di disposizioni divergenti che riguardano la ricerca delle persone assicurate, i loro diritti e obblighi, il rapporto assicurativo e anche le prestazioni.

Art. 4 Inizio, estinzione, sospensione, adeguamento dell'assicurazione

¹ L'assicuratore offre l'assicurazione con diverse opzioni di inizio della prestazione. La copertura assicurativa ha inizio il giorno di accettazione della proposta confermato dall'assicuratore. Una volta accettata la proposta, la persona assicurata riceve la polizza assicurativa e il presente Regolamento d'indennità giornaliera. La polizza assicurativa riporta la variante assicurativa scelta dalla persona assicurata, il premio e altri dati importanti. Se al raggiungimento dell'età massima di entrata la copertura assicurativa prosegue d'intesa con l'assicuratore, quest'ultimo versa l'indennità giornaliera assicurata per un massimo di 180 giorni, termine d'attesa incluso.

² L'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue:

- a. con la disdetta;
- b. con il trasferimento all'estero;
- c. con l'esaurimento definitivo del diritto alle prestazioni;
- d. al compimento del 65° anno di età (fatto salvo l'art. 13);
- e. con il decesso.

Sono fatti salvi i motivi di esclusione previsti dalla legge in caso di violazione degli obblighi da parte della persona assicurata.

Rispettando un termine di disdetta di tre mesi, la persona assicurata può disdire il contratto per la fine di ogni mese.

In caso di adeguamento del premio la persona assicurata può disdire il contratto d'assicurazione, osservando un termine di disdetta di un mese, per la fine del mese che precede l'entrata in vigore del nuovo premio.

Fatta eccezione per le prestazioni assicurative ancora in sospeso, al termine dell'assicurazione non sussiste alcun diritto legale nei confronti dell'assicuratore. La persona assicurata ha l'obbligo di adempiere i propri obblighi finanziari nei confronti dell'assicuratore.

³ Qualora il comportamento della persona assicurata si riveli abusivo o comunque ingiustificabile e non sia più ragionevole esigere dalla Cassa la continuazione del contratto d'assicurazione d'indennità giornaliera, la persona assicurata può essere esclusa, previa comminatoria di sanzioni, nei casi seguenti:

- a. se non ha compilato la proposta di assicurazione in modo veritiero;
- b. se si oppone ripetutamente alle prescrizioni del medico o le viola gravemente;
- c. se è in ritardo con il pagamento dei premi e non ottempera entro un mese a una diffida di pagamento con ordine di esclusione;
- d. per altri motivi gravi.

⁴ D'intesa con l'assicuratore, l'assicurazione può essere sospesa nei seguenti casi:

- a. soggiorno all'estero superiore a tre mesi;
- b. istruzione militare o servizio civile di durata superiore a un mese: le prestazioni coperte dall'assicurazione militare possono essere sospese;
- c. soggiorno di oltre tre mesi in un istituto di esecuzione delle pene, di custodia o di educazione.

L'assicurazione può essere sospesa per un periodo massimo di due anni. Se l'assicurazione viene riattivata, la persona assicurata ha diritto alla copertura assicurativa originaria. Inoltre, dopo la revoca della sospensione, la persona assicurata riacquista immediatamente il diritto, senza dover accettare nuove riserve assicurative o una perdita della fascia d'età.

⁵ La persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento un aumento o una riduzione dell'indennità giornaliera, una riduzione o un prolungamento del termine d'attesa nonché l'inclusione o l'esclusione della copertura dell'infortunio. In caso di estensione della copertura si applicano per analogia le condizioni della proposta di assicurazione, in caso di riduzione della copertura quelle della disdetta del contratto d'assicurazione. In caso di inclusione successiva della copertura dell'infortunio, l'assicuratore accorda la fascia d'età d'entrata dell'assicurazione in essere, ha tuttavia il diritto di escludere dalla copertura assicurativa, applicando riserve, le conseguenze di infortuni.

⁶ In caso di riduzione dell'indennità giornaliera assicurata contemporaneamente a una riduzione del periodo d'attesa esistente, o viceversa, l'assicuratore accorda tale adeguamento senza modifica della fascia d'età d'entrata, a condizione che il premio rimanga invariato. Un aumento dell'assicurazione può essere rifiutato nei seguenti casi:

- a. età AVS raggiunta;
- b. malattie o conseguenze di infortuni in corso o superati, ma che rappresentano un rischio elevato;
- c. premi in arretrato.

L'assicuratore può stabilire condizioni per l'adeguamento ulteriori o diverse favorevoli alla persona assicurata.

Art. 5 Riserve e rischio elevato

¹ Sumiswelder può escludere dall'assicurazione, applicando riserve, malattie e conseguenze di infortuni esistenti all'ammissione o anteriori se, per esperienza, sono possibili ricadute. La riserva formulata in relazione a un'estensione della copertura è rilevante solo per le prestazioni assicurate in aggiunta.

² La riserva è comunicata per iscritto alla persona assicurata. La riserva è valida solo se comunicata per iscritto alla persona assicurata e se nella comunicazione sono indicate con precisione la malattia posta sotto riserva così come l'inizio e la fine del periodo di riserva. Le riserve decadono al più tardi dopo cinque anni, senza ulteriore comunicazione.

³ Prima di tale termine, la persona assicurata può fornire la prova che la riserva non è più giustificata. Dopo di che, l'assicuratore deciderà se revocare anzitempo la riserva. Gli eventuali costi derivanti sono a carico della persona assicurata.

⁴ Se al momento dell'ammissione i dati della persona assicurata sono inesatti o incompleti, l'assicuratore può applicare una riserva retroattiva.

Art. 6 Cambiamento dell'assicuratore

¹ La Cassa non può formulare nuove riserve se la persona assicurata passa ad essa:

- a. perché l'esige il rapporto di lavoro o la sua cessazione;
- b. perché esce dal raggio d'attività del precedente assicuratore; o
- c. perché il precedente assicuratore non esercita più l'assicurazione sociale malattie.

² Sumiswelder può mantenere le riserve formulate dal precedente assicuratore fino alle scadenze inizialmente previste.

³ Il precedente assicuratore provvede affinché la persona assicurata sia informata per iscritto in merito al suo diritto di libero passaggio. Se omette questa informazione, deve continuare a garantire la protezione assicurativa. La persona assicurata deve far valere il proprio diritto di libero passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

⁴ Su domanda della persona assicurata, la Cassa deve continuare ad assicurare l'indennità giornaliera nella stessa misura. Può computare l'indennità giornaliera già pagata dal precedente assicuratore nella durata del diritto alle prestazioni ai sensi dell'art. 72 LAMal.

Art. 7 Assicurazione collettiva

¹ L'assicuratore può stipulare contratti di assicurazione collettiva ai sensi dell'art. 67 cpv. 3 LAMal per determinati gruppi di persone. Le condizioni d'assicurazione possono divergere dal presente Regolamento di assicurazione d'indennità giornaliera. Le condizioni del contratto di assicurazione collettiva prevalgono sul presente Regolamento di assicurazione d'indennità giornaliera.

² La persona assicurata che esce dall'assicurazione collettiva perché cessa di appartenere alla cerchia degli assicurati definita dal contratto oppure perché quest'ultimo è disdetto ha diritto al trasferimento nell'assicurazione individuale della Cassa. Se nell'assicurazione individuale la persona as-

sicurata non assicura prestazioni più elevate, non possono essere formulate nuove riserve e dev'essere mantenuta l'età d'entrata determinante nel contratto collettivo.

³ La Cassa deve informare per iscritto la persona assicurata in merito al suo diritto di passare all'assicurazione individuale. Se omette questa informazione, la persona assicurata rimane nell'assicurazione collettiva. Ella deve far valere il proprio diritto di passaggio entro tre mesi dalla ricezione della comunicazione.

Art. 8 Offerta assicurativa

¹ La Cassa stabilisce l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con la persona proponente. È assicurabile la perdita di guadagno presumibile o il valore della prestazione lavorativa impossibilitata in virtù del caso d'assicurazione. L'assicuratore può limitare l'importo massimo dell'indennità giornaliera assicurabile.

² L'indennità giornaliera assicurata è pari alla perdita di guadagno media determinante di un anno intero divisa per 365. Eventuali assicurazioni d'indennità giornaliera in essere presso altri assicuratori devono essere dichiarate. La persona assicurata deve notificare anche le assicurazioni d'indennità giornaliera eventualmente sottoscritte dopo la stipulazione dell'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal.

³ La persona che percepisce un reddito da attività lucrativa dipendente può assicurarsi a concorrenza del salario lordo soggetto all'AVS. È fatto salvo il cpv. 1 del presente articolo.

⁴ La persona che percepisce un reddito da attività lucrativa indipendente può assicurarsi a concorrenza del reddito soggetto all'AVS secondo l'ultima decisione di contribuzione della Cassa di compensazione AVS.

⁵ La persona senza attività lucrativa può stipulare un'indennità giornaliera massima di CHF 50.–.

Art. 9 Diritto alle prestazioni

¹ Il diritto alle prestazioni assicurate conformemente alla copertura assicurativa concordata e al presente Regolamento di assicurazione d'indennità giornaliera sussiste durante il periodo di assicurazione. Le prestazioni d'indennità giornaliera complessivamente erogate non possono eccedere il valore della prestazione lavorativa impossibilitata più i costi supplementari definiti per legge, né la perdita di guadagno presumibile.

² I costi supplementari per l'agricoltura (aiuti per la conduzione aziendale agricola) devono essere comprovati mediante fattura degli aiutanti d'azienda agricola dell'organizzazione o rendiconto salariale ordinario, secondo le disposizioni di legge.

³ Qualora subentri il diritto alle prestazioni, l'assicuratore eroga le prestazioni d'indennità giornaliera per tutti i giorni in cui, dopo il termine d'attesa convenuto, sussiste un'incapacità al lavoro certificata da un medico. L'indennità giornaliera è corrisposta per una o più malattie o per uno o più infortuni unitamente, per un periodo massimo di 730 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi. Le indennità giornaliere già percepite da assicuratori precedenti sono computate al diritto alle prestazioni complessivo.

⁴ Il diritto alle prestazioni subentra dopo il termine d'attesa convenuto. Il termine d'attesa decorre dal primo giorno d'incapacità al lavoro certificata dal medico. Se per un

giorno sussiste un'incapacità al lavoro di almeno il 40%, il giorno è considerato giorno di attesa. Di conseguenza, qualora il termine d'attesa sia di un giorno, la prestazione è erogata dal primo giorno lavorativo successivo all'insorgere dell'incapacità al lavoro certificata dal medico. Se è stato convenuto un termine d'attesa più lungo, la prestazione è erogata dal primo giorno successivo alla scadenza del termine d'attesa convenuto. Per le assicurazioni con inizio delle prestazioni differito è possibile convenire termini d'attesa fino a un massimo di 720 giorni.

⁵ Il termine d'attesa convenuto si applica una volta per anno civile. Se l'incapacità al lavoro si protrae per un periodo superiore a un anno civile, il termine d'attesa si applica nuovamente se nel frattempo la persona assicurata era tornata abile al lavoro. Il termine d'attesa è computato alla durata massima delle prestazioni a condizione che durante tale termine il datore di lavoro sia tenuto al versamento del salario. Per le assicurazioni d'indennità giornaliera con inizio delle prestazioni differito di oltre un giorno dall'insorgere dell'incapacità al lavoro, il periodo di differimento è computato alla durata massima delle prestazioni di 730 giorni nell'arco di 900 giorni a condizione che durante tale termine il datore di lavoro sia tenuto al versamento del salario.

⁶ In caso di incapacità al lavoro parziale viene corrisposta un'indennità giornaliera ridotta in misura proporzionale. La copertura assicurativa per la capacità al lavoro residua è mantenuta ai sensi delle disposizioni della LAMal. Il diritto alle prestazioni sussiste per un'incapacità al lavoro almeno del 40%.

⁷ In caso di indennità giornaliera ridotta in seguito a sovrindennizzo, la persona assicurata inabile al lavoro ha diritto al controvalore di 730 indennità giornaliere complete. I termini per la riscossione dell'indennità giornaliera sono prorogati in misura corrispondente alla riduzione.

⁸ Una decurtazione dell'indennità giornaliera dovuta a negligenza grave non comporta un prolungamento della durata delle prestazioni.

⁹ Una rinuncia a prestazioni da parte della persona assicurata non ha alcun effetto sulla durata massima del diritto alle prestazioni.

¹⁰ Sono fatte salve le disposizioni di legge imperative in caso di disoccupazione, conformemente all'art. 10 del presente Regolamento.

¹¹ L'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue al raggiungimento della durata massima delle prestazioni.

Art. 10 Esclusioni

¹ Non sussiste alcun diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera:

- a. per malattie e infortuni soggetti a riserva;
- b. per malattie e conseguenze di infortuni che, al momento della presentazione della proposta, la persona assicurata non ha volutamente dichiarato o ha dichiarato solo in modo incompleto. L'esclusione è limitata al periodo in cui l'assicuratore, se ne fosse stato a conoscenza, avrebbe escluso tali malattie e conseguenze di infortuni;
- c. durante il termine d'attesa;
- d. per le conseguenze di infortuni che sono a carico di un altro assicuratore;
- e. se un trattamento non è finalizzato a porre rimedio a un disturbo di salute o alle sue conseguenze. Sono

fatti salvi i provvedimenti necessari, in presenza di una condizione patologica, per prevenire l'insorgenza o l'aggravamento di un disturbo della salute;

- f. se l'assicurazione è sospesa;
- g. se la persona assicurata partecipa a operazioni belle o ad atti simili.

² Le prestazioni possono essere ridotte temporaneamente o definitivamente o, in casi gravi, rifiutate:

- a. se la persona assicurata non adempie agli obblighi di collaborazione previsti dalla legge, come l'obbligo di notifica (ad es. ad altri assicuratori sociali);
- b. se la persona assicurata rifiuta di sottoporsi a visite di controllo del medico di fiducia richieste dall'assicuratore;
- c. se la persona assicurata si sottrae o si oppone a un trattamento o a un'integrazione nel mondo del lavoro ragionevolmente esigibili o se non apporta di propria iniziativa il contributo ragionevolmente esigibile;
- d. per malattie o infortuni provocati intenzionalmente dalla persona assicurata o correlati a reati, risse o altri atti di violenza;
- e. durante il periodo in cui la persona assicurata è oggetto di una pena o una misura penale.

³ L'assicuratore può chiedere la restituzione delle prestazioni percepite erroneamente o indebitamente.

Art. 11 Disoccupazione

¹ La persona assicurata disoccupata percepisce l'intera indennità giornaliera in caso di incapacità al lavoro superiore al 50% e mezza indennità giornaliera in caso di incapacità al lavoro superiore al 25% ma inferiore al 50%.

² La persona assicurata disoccupata può trasferire, previo opportuno adeguamento dei premi, la precedente assicurazione d'indennità giornaliera per malattia in un'assicurazione con inizio delle prestazioni dal 31° giorno, mantenendo il livello di indennità giornaliera e tenendo conto dell'età d'entrata precedente, ma senza considerare lo stato di salute al momento della conversione.

Art. 12 Maternità

¹ In caso di gravidanza e parto, l'indennità giornaliera assicurata è erogata a condizione che, al momento del parto, l'indennità giornaliera assicurata al momento dell'insorgere del diritto alle prestazioni di maternità fosse assicurata da almeno 270 giorni senza interruzioni superiori a tre mesi.

² L'assicurata ha diritto a un'indennità giornaliera di maternità di 16 settimane, di cui almeno otto dopo il parto. Le prestazioni in caso di maternità non sono computate alla durata massima delle prestazioni.

Art. 13 Età AVS

¹ L'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue il 1° del mese in cui la persona assicurata compie 65 anni.

² La persona assicurata nell'assicurazione d'indennità giornaliera che continua a svolgere un'attività lucrativa dopo il raggiungimento dei 65 anni può chiedere per iscritto di mantenere la copertura assicurativa esistente, in misura massima del 50%, con relativo adeguamento del premio e a condizione che percepisca un reddito da lavoro corrispondente. La domanda deve essere inoltrata per iscritto

alla Cassa il mese prima del compimento del 65° anno di età. La domanda deve riportare informazioni sull'ulteriore attività lucrativa e sullo stato di salute. Un'eventuale continuazione dell'assicurazione presuppone in tutti i casi la piena capacità al lavoro.

³ Per gli assicurati con una polizza collettiva, l'indennità giornaliera rimane invariata e continua ad essere concessa secondo quanto previsto dalla polizza assicurativa.

⁴ Se alla persona assicurata viene accordata l'ulteriore prosecuzione dell'assicurazione d'indennità giornaliera, tale copertura assicurativa dura al massimo fino al compimento del 69° anno di età. L'indennità giornaliera ulteriore è corrisposta complessivamente per un massimo di 180 giorni; eventuali periodi di differimento sono computati in questi 180 giorni.

Art. 14 Viaggi all'estero

¹ In caso di viaggio di vacanza all'estero per motivi privati, le prestazioni assicurate sono erogate unicamente in caso di ricovero ospedaliero.

² Se la persona assicurata inabile al lavoro che ha diritto alle prestazioni si reca all'estero senza il consenso dell'assicuratore, il diritto alle prestazioni si estingue per il periodo del soggiorno all'estero.

Art. 15 Infortunio

¹ Qualora, contro un premio supplementare, il rischio d'infortunio sia coassicurato, in caso di infortunio sono erogate le stesse prestazioni previste in caso di malattia, sempreché il presente regolamento non preveda disposizioni divergenti.

La definizione di infortunio si basa sulle disposizioni vigenti della LPGA.

² Se la persona proponente o assicurata desidera escludere il rischio di infortunio, deve indicarlo espressamente nel modulo di richiesta e confermarlo apponendo la propria firma oppure, nel caso di assicurazioni esistenti, presentare una richiesta scritta. Successivamente, la persona assicurata pagherà il premio decurtato della quota di premio per il rischio di infortunio. Non sono possibili modifiche retroattive.

³ Per ogni caso, la persona assicurata deve compilare e rinviare entro cinque giorni il modulo di notifica d'infortunio messo a disposizione dall'assicuratore.

Art. 16 Fasce d'età e premi

¹ I premi per l'assicurazione d'indennità giornaliera sono stabiliti dal Comitato di Sumiswelder in base all'età di adesione e alla regione. Se l'assicurazione è sospesa ai sensi dell'art. 4 cpv. 4 del presente Regolamento, viene riscosso un premio ridotto.

² In caso di estensione della copertura assicurativa, la persona assicurata è assegnata al gruppo d'età corrispondente alla sua età al momento dell'estensione assicurativa.

³ I premi devono essere pagati in anticipo. I premi devono essere pagati senza interruzione anche in caso di malattia, infortunio, incapacità al lavoro o di sospensione del diritto.

⁴ Se la persona assicurata non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore, dopo almeno un sollecito scritto, le invia una diffida di pagamento

assegnandole un termine supplementare di 30 giorni e indicandole le conseguenze della mora. Se, nonostante la diffida, la persona assicurata non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora dovuti entro il termine assegnato, la copertura per i nuovi casi e il diritto alle prestazioni per i casi in corso si estinguono. Se, successivamente, la persona assicurata salda le posizioni aperte, la copertura per i nuovi casi e il diritto alle prestazioni per i casi in corso tornano in vigore, ma non retroattivamente. Quale, alla scadenza del termine fissato nella diffida di pagamento, la persona assicurata non abbia ancora provveduto al pagamento dei premi, delle partecipazioni ai costi e degli interessi di mora dovuti, l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto. Tutte le spese amministrative e di sollecito sono in ogni caso a carico dell'assicurato.

⁵ I crediti nei confronti dell'assicuratore non possono essere costituiti in pegno e possono essere ceduti unicamente nei casi previsti dalla LAMal.

Art. 17 Notifica / Certificato / Procedura in caso di malattia o infortunio

¹ La persona assicurata è tenuta a notificare all'assicuratore entro cinque giorni la propria incapacità al lavoro che potrebbe comportare il diritto a percepire un'indennità giornaliera, indicando altresì se si tratta di una malattia o di un infortunio. Il certificato rilasciato dal medico deve essere inviato all'assicuratore al più tardi dieci giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro. Non è consentito retrodatare certificati medici e notifiche di malattia o infortunio per ottenere prestazioni d'indennità giornaliera. Tali documenti devono essere presentati entro i termini previsti anche se la durata dell'incapacità al lavoro rientra interamente nel termine d'attesa convenuto.

² In caso di ritardo nella presentazione della conferma di incapacità al lavoro per colpa della persona assicurata, il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste al più presto dalla ricezione del certificato medico. Il termine d'attesa decorre dal momento in cui l'assicuratore riceve la notifica. Sono fatte salve le notifiche tardive senza colpa. Non è consentita la retrodatazione per ottenere prestazioni d'indennità giornaliera.

³ A conclusione dell'incapacità al lavoro (anche parziale), la persona assicurata deve inoltrare immediatamente all'assicuratore una conferma medica scritta attestante il grado e la durata dell'incapacità al lavoro. Inoltre, la persona assicurata deve fornire la prova della perdita di guadagno non coperta, incluse le eventuali spese di conseguimento del reddito.

⁴ La persona assicurata è tenuta a fare tutto il possibile per favorire la guarigione e ad astenersi da tutto ciò che la ritarda. In particolare, deve attenersi alle disposizioni del personale medico. L'assicuratore si riserva il diritto di verificare il rispetto delle prescrizioni mediche e di adottare adeguate misure di controllo.

⁵ La persona assicurata deve fornire gratuitamente all'assicuratore tutte le informazioni necessarie ad accertare il diritto e a determinare le prestazioni assicurative. In particolare, deve informare l'assicuratore su tutte le prestazioni di terzi in caso di malattia, infortunio e invalidità e mettere a disposizione dell'assicuratore tutte le informazioni necessarie sulla dinamica dell'infortunio e sui terzi coinvolti.

⁶ Se percepisce prestazioni, la persona assicurata deve autorizzare tutte le persone e gli uffici, come medici, datori di

lavoro, assicuratori e organi ufficiali, a fornire tutte le informazioni necessarie per accertare il diritto a prestazioni, a meno che tali persone e uffici non siano già tenuti per legge a fornire informazioni.

⁷ Se richiesto, la persona assicurata deve farsi visitare da un altro medico o da un medico di fiducia dell'assicuratore. I costi di queste visite sono a carico dell'assicuratore.

⁸ L'assicuratore è in ogni caso autorizzato a verificare un'incapacità al lavoro e una perdita di guadagno non coperta, comprese eventuali spese di conseguimento del reddito, e ad adottare se necessario misure di controllo adeguate.

⁹ L'indennità giornaliera è erogata quando la persona assicurata ha riacquisito la capacità al lavoro sulla base del certificato medico. Se l'incapacità al lavoro dura più di un mese, l'indennità giornaliera è di norma erogata mensilmente.

¹⁰ Qualora, in caso di prestazione, la persona assicurata non adempia in modo ingiustificabile gli obblighi di informazione e di collaborazione, l'assicuratore può disporre il diritto alla prestazione sulla base degli atti oppure non entrare nel merito della richiesta di diritto.

Art. 18 Sovrindennizzo

Il concorso di prestazioni delle varie assicurazioni sociali non deve comportare un sovrindennizzo della persona assicurata. Il sovrindennizzo è disciplinato dall'art. 69 LPGa.

Art. 19 Disposizioni generali e giurisdizione

¹ Se è in disaccordo con una decisione dell'assicuratore, il proponente o la persona assicurata può richiedere entro 30 giorni il rilascio di una decisione formale motivata per iscritto con indicazione dei rimedi giuridici. La persona assicurata può impugnare la decisione formale facendo opposizione per iscritto entro 30 giorni presso l'assicuratore. L'assicuratore verifica l'opposizione ed emette una decisione su opposizione motivata per iscritto con indicazione dei rimedi giuridici.

² La persona assicurata può impugnare la decisione su opposizione presentando ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dalla notifica. Può presentare ricorso chiunque sia interessato dalla decisione contestata o dalla decisione su opposizione impugnata che abbia un interesse legittimo alla revoca o alla modifica della decisione. Per il ricorso è competente il Tribunale delle assicurazioni del Cantone di domicilio della persona assicurata o del terzo ricorrente. La persona assicurata può rivolgersi al Tribunale cantonale delle assicurazioni anche se l'assicuratore non notifica alcuna decisione o decisione su opposizione entro i termini. Se il domicilio della persona assicurata o del ricorrente è all'estero, è competente il Tribunale delle assicurazioni del Cantone dell'ultimo domicilio in Svizzera o dell'ultimo datore di lavoro svizzero. Se non è possibile accertare nessuno di questi domicili, è competente il Tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui ha sede l'assicuratore.

³ Le decisioni formali o le decisioni su opposizione dell'assicuratore passano in giudicato alla scadenza inutilizzata del termine di opposizione o di ricorso oppure con decisione passata in giudicato di rigetto del ricorso. La decisione passata in giudicato che impone il pagamento di denaro è equiparata alla decisione giudiziaria esecutiva ai sensi

dell'art. 80 della legge federale sulla esecuzione e sul fallimento (LEF).

⁴ Per tutte le questioni non espressamente disciplinate dal presente Regolamento si applicano per analogia le disposizioni di legge e gli statuti e/o le Condizioni generali di assicurazione di Sumiswalder.

⁵ Eventuali modifiche al presente Regolamento di assicurazione d'indennità giornaliera sono comunicate alla persona assicurata mediante comunicazione scritta, nella rivista per gli assicurati o mediante pubblicazione ufficiale.

⁶ Il presente Regolamento viene pubblicato sul sito web della Cassa malati Sumiswalder.

⁷ Il presente regolamento è stato approvato dal Comitato il 19 giugno 2025 ed entra in vigore il 1° gennaio 2026. Esso sostituisce ogni precedente disposizione sull'assicurazione d'indennità giornaliera. Fanno eccezione le indennità giornaliere in essere al momento dell'entrata in vigore del presente Regolamento, che vengono erogate per due ulteriori anni conformemente alle disposizioni precedenti sul diritto alla durata delle prestazioni.