

Accordo quadro da intendersi come soluzione settoriale

per l'

assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia

tra

**Associazione paritetica prestito di personale
Ufficio del fondo sociale
c/o Kessler & Co AG
Forchstrasse 95 / PF
8032 Zurigo**

e gli

**assicuratori di cui alla
cifra 1.1 del presente documento**

Interlocutori	tutti gli assicuratori di cui alla cifra 1.1.
---------------	---

Prima entrata in vigore	1° gennaio 2012
-------------------------	-----------------

Entrata in vigore della modifica	1° gennaio 2024
----------------------------------	-----------------

Data di emissione	5 settembre 2024
-------------------	------------------

Indice

1. Introduzione	4
1.1. Parti contraenti.....	4
1.2. Finalità e scopo	4
1.3. Riconoscimento degli assicuratori	4
1.4. Ammissione di aziende assoggettate	4
1.5. Rapporto assicurativo tra gli assicuratori e le aziende assoggettate	5
1.6. Protezione assicurativa	5
1.7. Conseguenze dello scioglimento del contratto	5
1.8. Uscita di un assicuratore dalla soluzione settoriale.....	5
1.9. Adesione di altri assicuratori alla soluzione settoriale	6
1.10. Richieste di offerta	6
1.11. Esclusività.....	6
1.12. Disposizioni transitorie.....	6
1.12.1. Imprese fornitrici di personale a prestito soggette al CCL dal 01.07.2023	6
2. Principi per la strutturazione dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia.....	7
2.1. Basi contrattuali	7
2.2. Deroghe / integrazioni alle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).....	7
2.2.1. Condizioni di ammissione per la stipula dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia ...	7
2.2.2. Procedura di ammissione per la singola persona assicurata	7
2.2.3. Partecipazione alle eccedenze	7
3. Gruppi di persone ed estensione della copertura dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia	8
3.1. Durata delle prestazioni delle varianti del gruppo di persone 1+2 – Applicazione pratica	9
4. Condizioni di premio per l'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia	10
4.1. Segmentazione delle aziende in base alla massa salariale annua	10
4.2. Tassi di premio per l'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia	10
4.2.1. Bonus / malus	10
4.2.2. Attività esistenti e nuove	10
4.2.3. Modifica dei premi	11
4.2.4. Accrediti di premi pari allo 0,40% del salario da parte del fondo sociale.....	11
4.3. Allegati	11
5. Condizioni particolari	12
5.1. Cerchia di persone assicurate	12
5.2. Età massima / età finale	12
5.3. Durata delle prestazioni limitata per le persone in età di pensionamento.....	12
5.4. Patologie pregresse.....	12
5.5. Malattie non assicurate.....	13
5.6. Rinuncia alla riduzione delle prestazioni in caso di malattie assicurate causate per grave negligenza	13
5.7. Periodo d'attesa.....	13
5.8. Durata delle prestazioni.....	13
5.9. Termine di ricaduta	13
5.10. Salario determinante per la definizione delle prestazioni	13
5.11. Diritto di passaggio all'assicurazione individuale	14

5.12.	<i>Inizio del contratto di assicurazione individuale</i>	14
5.13.	<i>Indennità giornaliera a carico dell'assicurazione individuale.....</i>	14
5.14.	<i>Diritto di adeguamento dei premi in caso di modifica del contratto collettivo di lavoro</i>	14
6.	Elaborazione delle prestazioni, Case Management, Care Management	14
6.1.	<i>Notifica e trattamento dei casi di prestazione.....</i>	14
6.2.	<i>Case Management e Care Management</i>	14

1. Introduzione

1.1. Parti contraenti

Il presente accordo quadro, inteso come soluzione settoriale per tutte le aziende soggette al contratto collettivo di lavoro (CCL) per il personale a prestito, viene stipulato tra le parti elencate di seguito. I singoli assicuratori:

- Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, 1920 Martigny
- Helsana Versicherungen AG, 8081 Zurigo
- Sympany Assicurazioni SA, 4002 Basilea
- SWICA Assicurazioni SA, 8401 Winterthur
- Visana Services AG, 3000 Berna 16

ed esclusivamente per il segmento 2

- Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA, 8050 Zurigo

e l'associazione

Associazione paritetica prestito di personale
Geschäftsstelle Sozialfonds
c/o Kessler & Co AG
Forchstrasse 95 / PF
8032 Zurigo

1.2. Finalità e scopo

Le parti stipulano il contratto quadro (di seguito denominato «soluzione settoriale») allo scopo di stabilire le condizioni quadro vincolanti per l'attuazione dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia tra gli assicuratori di cui alla cifra 1.1. del presente documento (di seguito denominati «assicuratori») e l'Associazione paritetica prestito di personale, Ufficio del fondo sociale, c/o Kessler & Co AG, Forchstrasse 95, 8032 Zurigo.

La soluzione settoriale è aperta a tutte le imprese fornitrici di personale a prestito soggette al contratto collettivo di lavoro (CCL) per il personale a prestito (di seguito denominate «aziende assoggettate»), indipendentemente dal fatto che siano acquisite da un assicuratore della soluzione settoriale, da un intermediario, da un broker, da swissstaffing (Associazione delle aziende svizzere di servizi per il personale) o dall'Associazione per l'applicazione, per l'aggiornamento professionale e per il fondo sociale per il personale a prestito.

1.3. Riconoscimento degli assicuratori

L'Associazione per l'applicazione, per l'aggiornamento professionale e per il fondo sociale per il personale a prestito riconosce gli assicuratori come partner assicurativi della soluzione settoriale. Raccomanda alle aziende assoggettate di stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia per i lavoratori e le lavoratrici soggetti al CCL per il personale a prestito prestato agli assicuratori di cui alla cifra 1.1 del presente accordo quadro.

1.4. Ammissione di aziende assoggettate

Le tariffe e i tassi di premio minimi elencati all'allegato 1 e 2 valgono per le lavoratrici e i lavoratori a prestito con un salario lordo non superiore al guadagno massimo assicurato secondo la Suva che sono soggetti a un CCL di obbligatorietà generale oppure assoggettati alla LPP obbligatoria e non percepiscono una rendita AVS. Alla cifra 4.2. è disciplinata la tariffa di premio per le lavoratrici e i lavoratori a prestito con un salario lordo non superiore al guadagno massimo assicurato secondo la Suva che sono soggetti esclusivamente al CCL di obbligatorietà generale per il personale a prestito, non sono assoggettati alla LPP obbligatoria e non percepiscono una rendita AVS.

Sulla base della soluzione settoriale, le singole aziende soggette al CCL per il personale a prestito possono stipulare contratti collettivi di assicurazione d'indennità giornaliera per malattia (contratti d'affiliazione) con gli assicuratori. Questi contratti si basano sulla Legge sul contratto d'assicurazione (LCA), sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera secondo la LCA dei singoli assicuratori e sulle Condizioni particolari (cfr. cifra 5).

Il prerequisito per redigere un'offerta per le aziende di nuova costituzione è l'esistenza di un'autorizzazione d'esercizio per la fornitura di personale a prestito (Cantone o SECO), nonché la conferma dell'assoggettamento dell'azienda al «CCL per il personale a prestito» in vigore. Le aziende che disdicono un contratto d'affiliazione esistente, lo fanno disdire da un rappresentante, non sottoscrivono un'offerta di proroga o non la sottoscrivono in tempo non sono soggette all'obbligo tassativo di stipula dell'assicurazione. Ciò include anche le disdette dei contratti d'affiliazione da parte degli assicuratori in caso di ripetuta cattiva collaborazione, ad es. in caso di gravi violazioni degli obblighi contrattuali dovute a mancanze inescusabili, ripetute interruzioni della copertura a causa di premi arretrati, ottenimento fraudolento di prestazioni. In questi casi, l'affiliazione obbligatoria a un assicuratore è esclusa.

Le aziende affiliate agli assicuratori sulla base della soluzione settoriale e soggette al CCL per il personale a prestito formano una comunità di rischio a sé stante presso ogni singolo assicuratore. I singoli assicuratori sono essi stessi responsabili dei propri portafogli nell'ambito di questo accordo quadro.

La procedura di ammissione per i singoli contratti d'affiliazione tra gli assicuratori e le singole aziende soggette al CCL per il personale a prestito è gestita direttamente dagli assicuratori.

1.5. Rapporto assicurativo tra gli assicuratori e le aziende assoggettate

Il rapporto assicurativo si instaura con la stipula di un contratto d'affiliazione tra uno degli assicuratori elencati alla cifra 1.1 e la singola azienda soggetta al CCL per il personale a prestito.

Il contratto d'affiliazione si basa sulle condizioni stabilite nel presente accordo quadro.

1.6. Protezione assicurativa

La copertura assicurativa per le singole persone assicurate decorre dal giorno in cui queste iniziano a lavorare. Tale data non può precedere la data d'inizio dell'assicurazione indicata nella polizza del contratto d'affiliazione.

1.7. Conseguenze dello scioglimento del contratto

In caso di scioglimento della soluzione settoriale, ai sensi della cifra 1.1. gli assicuratori hanno il diritto di modificare le condizioni contrattuali dei singoli contratti di assicurazione per l'anno assicurativo successivo.

1.8. Uscita di un assicuratore dalla soluzione settoriale

Se un assicuratore si ritira dalla soluzione settoriale, deve comunicarlo per iscritto sei mesi prima della fine dell'anno civile a:

Associazione paritetica prestito di personale
Geschäftsstelle Sozialfonds
c/o Kessler & Co AG
Forchstrasse 95/PF
8032 Zurigo

L'assicuratore uscente deve contemporaneamente informare gli altri assicuratori della soluzione settoriale con una copia per conoscenza della lettera di disdetta.

L'assicuratore uscente ha il diritto di modificare le condizioni contrattuali dei singoli contratti assicurativi del suo portafoglio per l'anno assicurativo successivo. L'assicuratore uscente deve informare

l'azienda assoggettata delle nuove condizioni di premio entro e non oltre tre mesi prima della fine dell'anno assicurativo. A quel punto, l'azienda assoggettata ha il diritto di disdire il contratto per la fine dell'anno assicurativo in corso. Se l'azienda assoggettata non comunica la disdetta, si considera tacito il suo accordo alla modifica del contratto.

1.9. Adesione di altri assicuratori alla soluzione settoriale

Con riserva di approvazione della Commissione della concorrenza (COMCO) e previo accordo di tutti gli assicuratori della soluzione settoriale, altri assicuratori possono aderire alla soluzione settoriale dietro pagamento di una quota da concordare.

1.10. Richieste di offerta

In caso di richieste di offerta con un assicuratore precedente, l'assicuratore invitato a redigere l'offerta si procura i dati necessari sull'andamento e sul contratto nell'ambito dell'accordo sul libero passaggio tra gli assicuratori d'indennità giornaliera per malattia. Per il calcolo del premio, si rimanda alle cifre 4.1, 4.2 e 4.2.1.1.

1.11. Esclusività

A partire dalla sua entrata in vigore, gli assicuratori di cui alla cifra 1.1. si impegnano a non assicurare nessuna azienda soggetta al CCL per il personale a prestito al di fuori della soluzione settoriale. In questo modo, nessuno degli assicuratori della soluzione settoriale assicurerà le aziende assoggettate in modo diverso da quanto previsto dall'accordo quadro della soluzione settoriale.

1.12. Disposizioni transitorie

1.12.1. Imprese fornitrici di personale a prestito soggette al CCL dal 01.07.2023

Per i contratti d'affiliazione che rientrano nel campo di applicazione del CCL per il personale a prestito a partire dal 1° luglio 2023, gli assicuratori di cui alla cifra 1.1 sono tenuti ad adeguare il contratto alle condizioni della soluzione settoriale oggetto del presente accordo quadro il più rapidamente possibile. I contratti devono essere adeguati al più tardi dal 1° gennaio 2024, rispettivamente per la scadenza del contratto. I contratti già esistenti aventi per oggetto una soluzione assicurativa LAMal rimangono validi. Qualsiasi modifica o adeguamento è di competenza del rispettivo assicuratore.

2. Principi per la strutturazione dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia

2.1. Basi contrattuali

Il rapporto assicurativo è regolato nei contratti d'affiliazione tra le aziende assoggettate e gli assicuratori. A tale proposito, le disposizioni di questa soluzione settoriale prevalgono sulle rispettive Condizioni generali d'assicurazione (CGA) o le integrano.

2.2. Deroghe / integrazioni alle Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Inoltre, le condizioni seguenti si applicano a parziale integrazione delle rispettive Condizioni generali d'assicurazione dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia.

2.2.1. Condizioni di ammissione per la stipula dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia

Cerchia di persone	Esame del rischio
Lavoratrici e lavoratori a prestito dell'assicuratore soggetti al CCL per il personale a prestito.	Eventuali riserve esistenti (esclusioni della copertura) vengono riprese; sono richiesti dati empirici (dati relativi alle masse salariali e alle indennità giornaliere versate) degli ultimi tre anni e informazioni sulle incapacità lavorative attuali.

2.2.2. Procedura di ammissione per la singola persona assicurata

Fino a un salario lordo massimo per persona pari al guadagno massimo assicurato secondo la Suva, l'ammissione nell'assicurazione di singole persone non menzionate per nome avviene senza esame dello stato di salute.

Per i contratti senza un assicuratore precedente, i casi di sinistro in corso non vengono assunti.

2.2.3. Partecipazione alle eccedenze

Nel segmento 1 (cfr. cifra 4.1), fino a una massa salariale annua di CHF 1,5 Mio non è possibile offrire alcuna partecipazione alle eccedenze.

A partire da una massa salariale annua > CHF 1,5 Mio, nel segmento 1 valgono le seguenti regole di applicazione vincolanti:

quota di premio determinante	60,00%
quota di eccedenze determinante	50,00%

Ai fini del calcolo della partecipazione alle eccedenze prevista per contratto, si utilizza come premio determinante il premio fatturato dagli assicuratori alla rispettiva impresa fornitrice di personale a prestito e pagato. Gli accrediti di premi del fondo sociale non sono presi in considerazione ai fini della partecipazione alle eccedenze prevista per contratto.

Il periodo di conteggio è pari a tre anni assicurativi completi consecutivi.

Nel segmento 2, gli assicuratori della soluzione settoriale sono liberi di scegliere come strutturare le quote di premio e di eccedenze determinanti.

3. Gruppi di persone ed estensione della copertura dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia

Gruppo di persone 1 **Lavoratrici e lavoratori a prestito con un salario lordo non superiore al guadagno massimo assicurato secondo la Suva che sono soggetti a un CCL di obbligatorietà generale oppure assoggettati alla LPP obbligatoria e non percepiscono una rendita AVS**

Ammontare delle prestazioni 80% o 90% del guadagno assicurato

Periodo di attesa Come da allegato 1

Durata delle prestazioni 720 giorni in un periodo di 900 giorni consecutivi per persona, al netto del periodo d'attesa concordato individualmente

oppure

730 giorni per caso di malattia, al netto del periodo d'attesa concordato individualmente

Salario assicurato Salario soggetto all'AVS
Salario massimo: guadagno massimo assicurato secondo la Suva per persona e per anno

Gruppo di persone 2 **Lavoratrici e lavoratori a prestito con un salario lordo non superiore al guadagno massimo assicurato secondo la Suva che sono soggetti esclusivamente al CCL di obbligatorietà generale per il personale a prestito, non sono assoggettati alla LPP obbligatoria e non percepiscono una rendita AVS**

Ammontare delle prestazioni 80% o 90% del guadagno assicurato

Periodo di attesa Come da allegato 1

Durata delle prestazioni 60 giorni in un periodo di 360 giorni, al netto del periodo d'attesa

Salario assicurato Salario soggetto all'AVS
Salario massimo: guadagno massimo assicurato secondo la Suva per persona e per anno

Le lavoratrici e i lavoratori a prestito con un salario lordo superiore al guadagno massimo assicurato secondo la Suva e le lavoratrici e i lavoratori fissi (personale fisso) non sono soggetti al CCL per il personale a prestito. Queste persone devono essere assicurate all'interno di un gruppo di persone a parte o con un contratto collettivo separato.

3.1. Durata delle prestazioni delle varianti del gruppo di persone 1+2 – Applicazione pratica

	Durata delle prestazioni 730 giorni (copertura coordinamento LPP)	Durata delle prestazioni 720 giorni in un periodo di 900 giorni, risp. 60 giorni in un periodo di 360 giorni secondo la LCA
Incapacità lavorativa parziale	Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono corrisposte a partire da un grado di incapacità lavorativa di almeno il 25%.	Le prestazioni d'indennità giornaliera vengono corrisposte a partire da un grado di incapacità lavorativa di almeno il 25%.
Durata delle prestazioni	730 giorni per caso di malattia, al netto del periodo d'attesa concordato. Ai fini del calcolo della durata delle prestazioni e del periodo d'attesa, i giorni di incapacità lavorativa parziale contano per intero.	720 giorni in un periodo di 900 giorni, risp. 60 giorni in un periodo di 360 giorni per persona, al netto del periodo d'attesa concordato. Ai fini del calcolo della durata delle prestazioni e del periodo d'attesa, i giorni di incapacità lavorativa parziale di almeno il 25% contano per intero.
Prestazioni di terzi	Se la persona assicurata ha diritto a prestazioni di terzi, l'assicuratore integra tali prestazioni fino all'importo dell'indennità giornaliera assicurata. In caso di accredito di prestazioni di terzi, il diritto all'indennità giornaliera non è prolungato.	Se la persona assicurata ha diritto a prestazioni di terzi, l'assicuratore integra tali prestazioni fino all'importo dell'indennità giornaliera assicurata. In caso di accredito di prestazioni di terzi, il diritto all'indennità giornaliera non è prolungato.
Osservazioni	Nessuna	Nessuna

4. Condizioni di premio per l'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia

4.1. Segmentazione delle aziende in base alla massa salariale annua

La struttura tariffaria per le aziende da assicurare è suddivisa in due segmenti:

Segmento 1: aziende con una massa salariale annua $\leq$ CHF 3 Mio

Segmento 2: aziende con una massa salariale annua $>$ CHF 3 Mio

Ai fini dell'assegnazione all'uno o all'altro segmento è determinante la massa salariale annua definitiva dell'anno precedente versata alle lavoratrici e ai lavoratori a prestito soggetti al CCL per il personale a prestito.

4.2. Tassi di premio per l'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia

I tassi di premio sono elencati nell'allegato 1. Si applicano tassi di premio unitari per uomini e donne.

L'assegnazione ai diversi livelli tariffari all'interno dei segmenti avviene come descritto alla cifra 4.1. Alle aziende assoggettate di nuova costituzione (segmento 1) si applica la tariffa corrispondente al livello tariffario 4. Al segmento 2 si applicano le disposizioni del rispettivo assicuratore.

Anche per le persone da assicurare alle condizioni del gruppo di persone 2 (durata della prestazione ridotta) valgono i tassi di premio indicati all'allegato 1.

4.2.1. Bonus / malus

Come massa salariale base per l'anno in corso si utilizza la massa salariale definitiva conteggiata nell'anno precedente («AKD»).

Per il segmento 2, gli accantonamenti necessari per le incapacità lavorative attuali sono considerati secondo le prassi individuali degli assicuratori.

4.2.2. Attività esistenti e nuove

L'assegnazione ai livelli tariffari descritta nell'allegato 1 avviene sulla base dei pagamenti delle indennità giornaliere effettuati negli ultimi tre anni e a fronte delle prestazioni d'indennità giornaliera estrapolate per l'anno in corso nel momento in cui è redatta l'offerta (vista CoFi [contabilità finanziaria]). Il livello tariffario è determinato moltiplicando la massa salariale degli ultimi tre anni e dell'anno in corso nel momento in cui è redatta l'offerta per il tasso di premio del livello tariffario 4 del segmento 1 (più il contributo al premio del fondo sociale dello 0,40%). Il premio risultante viene confrontato con le indennità giornaliere effettive ed estrapolate.

La quota di prestazione così determinata (pagamenti delle prestazioni, compresi i rimborsi dei contributi AI o di eventuali terzi, in percentuale del premio) viene utilizzata per assegnare il livello tariffario.

- Eventuali accantonamenti necessari per le incapacità lavorative in corso durante il periodo di osservazione vengono aggiunti al 100% alla media dei pagamenti delle prestazioni.
- Se gli accantonamenti necessari per le incapacità lavorative attuali sono superiori alla media dei pagamenti delle prestazioni effettuati durante il periodo di osservazione, la tariffa viene stabilita individualmente.

Fino a quando non sono disponibili dati sulle prestazioni d'indennità giornaliera versate nei tre anni precedenti e quello in corso, si applica il livello tariffario 4.

4.2.3. Modifica dei premi

L'Associazione per l'applicazione, per l'aggiornamento professionale e per il fondo sociale per il personale a prestito deve informare per tempo gli assicuratori della soluzione settoriale in merito a qualsiasi progetto di modifica del CCL per il personale a prestito. In caso di modifiche del CCL per il personale a prestito che hanno effetti sulla soluzione settoriale, gli assicuratori della soluzione settoriale possono modificare le condizioni di premio a partire dalla data di entrata in vigore della modifica del CCL.

Le modifiche dei premi sono definite sia in base all'andamento dell'intera soluzione settoriale, sia in base a quello dei singoli contratti d'affiliazione.

Se il carico di prestazioni dell'intera soluzione settoriale (tutti gli assicuratori) supera l'80% dei premi incassati (incluso l'accredito dei premi da parte del fondo sociale) durante il periodo di osservazione dei tre anni assicurativi precedenti conclusi, la tariffa base della soluzione settoriale viene modificata.

Alla scadenza del contratto d'affiliazione corrispondente, il premio deve essere riclassificato secondo i livelli tariffari di cui all'allegato 1, tenendo conto del periodo di osservazione (tre anni e anno in corso). Spetta al rispettivo assicuratore decidere se concedere una garanzia triennale sui premi (senza supplemento).

4.2.4. Accrediti di premi pari allo 0,40% del salario da parte del fondo sociale

I tassi di premio elencati nell'allegato 1 includono l'accredito del premio del fondo sociale, pari allo 0,40%, in conformità con il CCL per il personale a prestito.

Il CCL per il personale a prestito prevede che, all'inizio di ogni anno assicurativo, il fondo sociale versi un acconto agli assicuratori che hanno concluso dei contratti d'affiliazione. Per calcolare l'importo dell'accredito definitivo a favore del rispettivo assicuratore, entro il 31 maggio quest'ultimo deve notificare all'Associazione per l'applicazione, per l'aggiornamento professionale e per il fondo sociale per il personale a prestito la massa salariale definitiva conteggiata l'anno precedente. L'Associazione per l'applicazione, per l'aggiornamento professionale e per il fondo sociale per il personale a prestito accredita il premio (calcolato sulla base della massa salariale definitiva conteggiata moltiplicata per lo 0,40%) agli assicuratori entro il 30 giugno di ogni anno.

La notifica annuale comprende anche una comunicazione sommaria delle partecipazioni alle eccedenze versate. Il versamento dell'accredito del premio dello 0,40% è vincolato al legittimo utilizzo della partecipazione alle eccedenze, che viene valutato nei singoli casi dall'ufficio di controllo dell'Associazione paritetica prestito di personale. In singoli casi, su richiesta dell'ufficio di controllo dell'Associazione paritetica prestito di personale, gli assicuratori sono tenuti a rendere noti i conteggi delle eccedenze con quote di eccedenza superiori a CHF 50'000, a condizione che il diritto sia documentato contrattualmente o che lo stipulante autorizzi l'assicuratore a fornire informazioni. In caso di nuovi contratti o di modifiche dell'effettivo, questo diritto viene documentato contrattualmente.

Non è consentito erogare ai partner di vendita interni ed esterni dell'assicuratore compensi (provvisi- gioni e commissioni di intermediazione) calcolati sugli accrediti di premi del fondo sociale.

Se l'accredito del premio da parte del fondo sociale viene annullato o modificato, l'assicuratore ha il diritto di modificare il premio al più tardi per la data di scadenza principale successiva. Lo stipulante ha quindi il diritto di disdire il contratto entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione sulla modifica dei premi. La mancata disdetta da parte dello stipulante vale come tacito accordo alla modifica del contratto.

4.3. Allegati

Gli allegati al presente contratto costituiscono parte integrante dello stesso. Gli assicuratori informano per iscritto l'Associazione per l'applicazione, per l'aggiornamento professionale e per il fondo sociale per il personale a prestito di eventuali modifiche o adeguamenti almeno sei mesi prima della fine dell'anno assicurativo.

5. Condizioni particolari

Le CP sono parte integrante di ogni contratto d'affiliazione basato su questa soluzione settoriale. Se le loro Condizioni generali d'assicurazione si discostano dalle condizioni particolari elencate qui sotto, gli assicuratori si impegnano a inserire nei singoli documenti di offerta o del contratto d'affiliazione CP analoghe a esse.

5.1. Cerchia di persone assicurate

Sono assicurati tutti i lavoratori e le lavoratrici a prestito soggetti al CCL per il personale a prestito. Nessuna persona con un salario effettivo può essere esclusa dalla cerchia delle persone assicurate. L'unica eccezione è descritta alla cifra 5.2.

5.2. Età massima / età finale

Sono assicurate le persone o i gruppi di persone elencati nel contratto, che lavorano presso l'azienda assicurata e che non hanno ancora compiuto i 70 anni d'età.

5.3. Durata delle prestazioni limitata per le persone in età di pensionamento

Dal raggiungimento dell'età di pensionamento AVS, l'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 180 giorni per tutti i casi assicurativi presenti e futuri, ma al massimo fino al compimento del 70° anno di età. Se al raggiungimento dell'età di pensionamento AVS è presente un'incapacità lavorativa, il diritto alle prestazioni si estingue, a meno che la persona assicurata non dimostri che il rapporto di lavoro sarebbe continuato se in quel momento avesse avuto la capacità lavorativa.

5.4. Patologie pregresse

L'incapacità lavorativa dovuta alla ricomparsa di patologie preesistenti per cui la persona assicurata era stata curata prima di aderire all'assicurazione viene indennizzata secondo la scala seguente:

Durata dell'impiego presso
l'attuale datore di lavoro

Periodo massimo di prestazione
per caso di malattia

fino a 6 mesi
fino a 9 mesi
fino a 12 mesi
fino a 5 anni

4 settimane
6 settimane
2 mesi
4 mesi

Gli incarichi svolti presso uno stesso datore di lavoro nell'arco di 12 mesi vengono conteggiati insieme.

1. Le prestazioni elencate sono valide se, al momento della prima comparsa della patologia, la persona assicurata non possedeva un'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia presso un assicuratore in Svizzera. La limitazione della durata delle prestazioni si riferisce anche alle possibili ricadute di una patologia per cui al momento della prima comparsa era valida una durata limitata delle prestazioni (tenendo conto delle prestazioni già corrisposte).
2. Se una persona assicurata ha ricevuto da un assicuratore in Svizzera prestazioni d'indennità giornaliera per malattia (senza le limitazioni delle prestazioni descritte al paragrafo 1) per una patologia che conduce a una ricaduta, l'assicuratore della soluzione settoriale versa le indennità giornaliere (tenendo conto delle prestazioni già corrisposte) per la durata delle prestazioni del caso originario non ancora trascorsa.
3. La durata delle prestazioni per i casi di cui al paragrafo 2 ammonta complessivamente (prima comparsa e ricaduta) a 720 giorni al massimo per gli assicurati del gruppo di persone 1, risp. a 60 giorni al massimo per gli assicurati del gruppo di persone 2.

4. La limitazione della durata delle prestazioni decade se la persona assicurata ha diritto a condizioni più vantaggiose in base alle disposizioni dell'accordo sul libero passaggio tra gli assicuratori d'indennità giornaliera per malattia (le disposizioni dell'accordo sul libero passaggio si applicano anche in caso di cambio a un altro contratto collettivo all'interno della stessa compagnia assicurativa).

5.5. Malattie non assicurate

Non vi è alcun diritto a prestazioni per:

- malattie i cui costi vengono assunti dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF)
- danni alla salute dovuti all'esposizione a radiazioni ionizzanti (eccetto i danni alla salute dovuti a radioterapia prescritta dal medico a causa di una malattia assicurata)
- malattie conseguenti a eventi bellici; tuttavia, se la persona assicurata viene sorpresa dal verificarsi di simili eventi mentre è al di fuori della Svizzera, la copertura assicurativa si estingue solo 14 giorni dopo il loro verificarsi

5.6. Rinuncia alla riduzione delle prestazioni in caso di malattie assicurate causate per grave negligenza

Gli assicuratori rinunciano al diritto spettante loro per legge di ridurre le prestazioni assicurative se la persona assicurata ha causato la malattia per grave negligenza.

5.7. Periodo d'attesa

Il periodo d'attesa inizia con il primo giorno di incapacità lavorativa di almeno il 25% attestata dal medico, ma non prima di tre giorni prima del primo trattamento medico. Ai fini del calcolo del periodo d'attesa, i giorni d'incapacità lavorativa parziale di almeno il 25% contano come giorni interi.

5.8. Durata delle prestazioni

Per il calcolo del periodo d'attesa, i giorni d'incapacità lavorativa parziale di almeno il 25% contano come giorni pieni. La durata delle prestazioni è calcolata in base alle CGA di volta in volta applicabili alla polizza assicurativa.

5.9. Termine di ricaduta

Per quanto concerne la durata delle prestazioni e il periodo d'attesa, il ripresentarsi di una malattia (ricaduta) viene considerato come nuova malattia se la persona assicurata non è stata inabile al lavoro a causa di tale malattia per un periodo di 12 mesi (se la durata delle prestazioni è di 730 giorni per caso) o 6 mesi (se la durata delle prestazioni è di 720 giorni nell'arco di 900 giorni).

5.10. Salario determinante per la definizione delle prestazioni

Quale base per determinare l'indennità giornaliera percentuale si utilizza l'ultimo salario soggetto a contribuzione AVS percepito prima dell'incapacità lavorativa dovuta a malattia. Ne è fatta salva la modifica nei casi in cui il salario non dovesse più corrispondere alla situazione effettiva (perdita di guadagno presumibile). Questo salario viene calcolato in conversione per un anno intero e quindi diviso per 365.

Se il guadagno è soggetto a forti fluttuazioni (ad es. personale con salario a ore, lavoratori temporanei, beneficiari di provvigioni, persone senza un piano di lavoro regolare), per il calcolo dell'indennità giornaliera si utilizza il salario lordo soggetto a contribuzione AVS percepito nell'azienda assicurata negli ultimi 12 mesi prima della malattia, che viene calcolato in conversione per un anno intero e diviso per 365.

Le indennità giornaliere determinate vengono corrisposte per ogni giorno civile.

5.11. Diritto di passaggio all'assicurazione individuale

In caso di uscita dalla cerchia delle persone assicurate oppure in caso di scioglimento del contratto d'affiliazione, la persona assicurata domiciliata in Svizzera ha il diritto di passare all'assicurazione individuale. Il diritto di passaggio deve essere fatto valere per iscritto entro 90 giorni.

Non vi è un diritto di passaggio per:

- cambio del posto di lavoro e passaggio all'assicurazione d'indennità giornaliera del nuovo datore di lavoro oppure scioglimento del contratto d'affiliazione e ripresa dello stesso da parte di un altro assicuratore per la stessa cerchia di persone, se il nuovo assicuratore è tenuto a garantire la continuazione della copertura assicurativa in base all'accordo sul libero passaggio
- raggiungimento dell'età di pensionamento AVS
- tentato o compiuto abuso assicurativo
- personale a prestito soggetto esclusivamente al CCL per il personale a prestito e non assoggettato alla LPP obbligatoria

5.12. Inizio del contratto di assicurazione individuale

L'assicurazione individuale comincia un giorno dopo l'uscita dalla cerchia di persone assicurate o dopo la risoluzione del contratto collettivo.

5.13. Indennità giornaliera a carico dell'assicurazione individuale

Se al momento del passaggio vi è un'incapacità lavorativa, le indennità giornaliera già versate a carico del contratto collettivo saranno conteggiate all'interno della durata delle prestazioni dell'assicurazione individuale.

5.14. Diritto di adeguamento dei premi in caso di modifica del contratto collettivo di lavoro

In caso di modifiche del CCL per il personale a prestito con effetti sull'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia, il singolo assicuratore di cui alla cifra 1.1. può, in deroga alle Condizioni generali d'assicurazione, adeguare i tassi di premio alle nuove circostanze con effetto dall'entrata in vigore delle modifiche del CCL.

Lo stipulante ha quindi il diritto di disdire il contratto entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione sulla modifica dei premi. Se lo stipulante non inoltra la disdetta, si considera tacito il suo accordo alla modifica del contratto.

6. Elaborazione delle prestazioni, Case Management, Care Management

6.1. Notifica e trattamento dei casi di prestazione

Il normale disbrigo delle prestazioni, che comprende l'accertamento dell'incapacità lavorativa e tutte le misure che ne derivano nel singolo caso, avviene secondo i processi e le direttive individuali dell'assicuratore.

6.2. Case Management e Care Management

Ogni assicuratore garantisce che tutti i casi di incapacità lavorativa superiore a 30 giorni siano valutati per determinare il loro potenziale in relazione ad attività di Case Management o Care Management e, nel caso, gestiti secondo le procedure standard. Queste procedure includono tutte le attività nel contesto della reintegrazione professionale e la connessione con le assicurazioni sociali, istituzioni e organizzazioni private coinvolte, nonché la collaborazione e il coordinamento con terzi.

La procedura dettagliata si svolge in conformità ai processi e alle direttive individuali dell'assicuratore.