

Edizione 2022



# Assicurazione complementare

Condizioni speciali (CS)  
compensa

# Condizioni speciali (CS)

## compensa secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Capitolo	Pagina	Capitolo	Pagina
<b>1 Basi dell'assicurazione</b>	<b>4</b>	8.2.1 In generale	
1.1 Scopo		8.2.2 Indipendenti e persone non esercitanti un'attività lucrativa	
1.2 Assicuratore		8.2.3 Dipendenti	
1.3 Condizioni generali d'assicurazione (CGA)		8.2.4 Incapacità lavorativa parziale	
<b>2 Condizioni d'ammissione</b>	<b>4</b>	8.2.5 Infortunio	
<b>3 Validità territoriale</b>	<b>4</b>	8.2.6 Parto	
3.1 In generale		8.3 Durata delle prestazioni	
3.2 Incapacità lavorativa all'estero		8.3.1 Principio	
3.3 Soggiorno all'estero in caso di incapacità lavorativa		8.3.2 Parto	
<b>4 Varianti assicurative</b>	<b>4</b>	8.3.3 Età pensionistica AVS	
<b>5 Procedura di stipulazione assicurativa</b>	<b>4</b>	8.3.4 Persone disoccupate	
5.1 Certificato medico		8.3.5 Passaggio dall'assicurazione collettiva	
5.2 Passaggio dall'assicurazione collettiva		8.4 Limitazione delle prestazioni	
5.3 Età pensionistica AVS		8.4.1 Esclusione delle prestazioni	
<b>6 Disdetta</b>	<b>4</b>	8.4.2 Riduzione delle prestazioni	
6.1 Disdetta straordinaria		8.4.3 Obbligo di rimborso	
6.2 Altri motivi di estinzione		<b>9 Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio</b>	<b>6</b>
<b>7 Estensione della copertura assicurativa</b>	<b>4</b>	9.1 Obbligo di notifica	
7.1 Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata		9.2 Obbligo d'informazione	
7.2 Determinazione dell'indennità giornaliera		<b>10 Premi e pagamenti</b>	<b>7</b>
7.2.1 In generale		10.1 Ammontare dei premi	
7.3 Copertura massima		10.2 Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)	
7.3.1 In generale		10.2.1 Principio	
7.3.2 Indipendenti		10.2.2 Periodo di osservazione	
7.3.3 Dipendenti		10.2.3 Gradi di ribasso	
7.3.4 Persone non esercitanti un'attività lucrativa		10.2.4 Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni	
7.3.5 Persone disoccupate		10.2.5 Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni	
7.4 Copertura dell'infortunio		10.2.6 Modifica della copertura assicurativa	
7.5 Parto		10.3 Pagamento delle prestazioni	
7.6 Inizio delle prestazioni e periodi d'attesa		10.3.1 Versamento delle indennità giornaliere	
7.7 Adeguamento dell'assicurazione		10.3.2 Indennità giornaliera per il parto	
7.7.1 Adeguamento al rincaro		<b>11 Prestazioni di terzi</b>	<b>7</b>
7.7.2 Persone disoccupate		11.1 Dipendenti e persone non esercitanti un'attività lucrativa	
<b>8 Prestazioni</b>	<b>5</b>	11.2 Indipendenti	
8.1 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni		<b>12 Fasce d'età</b>	<b>8</b>
8.1.1 Incapacità lavorativa			
8.1.2 Certificato medico			
8.2 Entità delle prestazioni			

# compensa

## 1 Basi dell'assicurazione

### 1.1 Scopo

**compensa** (assicurazione contro la perdita di guadagno individuale secondo la LCA) si basa sulla normativa della Legge federale sul contratto d'assicurazione.

Scopo dell'assicurazione è di coprire la perdita di guadagno sopravvenuta a causa di incapacità lavorativa in seguito a malattia, infortunio o maternità. **compensa** può essere stipulata anche dalle persone che non perseguono un'attività di guadagno.

### 1.2 Assicuratore

L'assicuratore è Sympany Versicherungen AG, Basilea (di seguito denominata assicuratore).

### 1.3 Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Le Condizioni generali d'assicurazione di Sympany Versicherungen AG sono parte integrante delle disposizioni di **compensa**. In caso di divergenze, le Condizioni speciali di **compensa** prevalgono rispetto alle Condizioni generali d'assicurazione.

## 2 Condizioni d'ammissione

I lavoratori indipendenti, dipendenti e le persone non esercitanti un'attività lucrativa (casalinghe e casalinghi, persone in formazione e persone che collaborano nell'azienda familiare senza retribuzione) possono essere ammessi a compensa, a condizione che

- abbiano compiuto almeno 15 anni e non ancora superato 60 anni;
- al momento della presentazione della proposta godano della piena capacità lavorativa;
- il loro domicilio sia in Svizzera.

## 3 Validità territoriale

### 3.1 In generale

L'assicurazione è valida a livello mondiale.

### 3.2 Incapacità lavorativa all'estero

In caso di viaggi di vacanza privati all'estero vengono corrisposte prestazioni d'indennità giornaliera unicamente per degenze ospedaliere. Questa regolamentazione si applica anche ai frontalieri se si trovano al di fuori del territorio svizzero o del loro domicilio. Resta riservato un soggiorno per motivi professionali.

### 3.3 Soggiorno all'estero in caso di incapacità lavorativa

Se una persona assicurata inabile al lavoro, che ha diritto a prestazioni, si reca all'estero senza il consenso dell'assicuratore, per tutto il periodo del soggiorno non sussiste alcun diritto alle prestazioni. Tale limitazione non si applica ai frontalieri

durante il loro soggiorno in Svizzera.

## 4 Varianti assicurative

Possono essere scelte le seguenti varianti assicurative:

- indennità giornaliera in caso di malattia,
- indennità giornaliera in caso d'infortunio,
- indennità giornaliera in caso di malattia e infortunio.

Le varianti assicurative proposte possono essere stipulate con differenti durate delle prestazioni.

## 5 Procedura di stipulazione assicurativa

### 5.1 Certificato medico

L'assicuratore può richiedere un certificato medico o una visita presso un medico di fiducia. Può scegliere il medico e si assume i costi.

### 5.2 Passaggio dall'assicurazione collettiva

Le CGA dell'assicurazione contro la perdita di guadagno per ditte (LCA) trovano applicazione anche in caso di passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale.

### 5.3 Età pensionistica AVS

Le persone assicurate che al raggiungimento dell'età di pensionamento AVS continuano a svolgere un'attività lucrativa possono richiedere la prosecuzione dell'assicurazione, al massimo fino ai 70 anni compiuti. L'assicuratore può rifiutarla.

## 6 Disdetta

### 6.1 Disdetta straordinaria

Se la persona assicurata è coperta in modo equivalente da assicurazione contro la perdita di guadagno tramite il nuovo datore di lavoro nell'ambito di una nuova situazione di diritto del lavoro, la disdetta - in deroga alla disdetta ordinaria - può avvenire in accordo con l'assicuratore al termine del mese, nel rispetto di un termine di disdetta di un mese.

### 6.2 Altri motivi di estinzione

Oltre che per i motivi di conclusione indicati nelle Condizioni generali d'assicurazione, l'assicurazione decade nei casi di seguito riportati:

- a) cessazione dell'attività lucrativa indipendente della persona assicurata;
- b) trasferimento della sede aziendale all'estero, ad eccezione del trasferimento nei paesi limitrofi;
- c) avvio di una procedura fallimentare nei confronti della persona assicurata che esercita

- d) un'attività lucrativa indipendente;
- d) in caso di pensionamento, al massimo tuttavia al raggiungimento dell'età AVS (è tuttavia possibile richiedere una prosecuzione dell'assicurazione fino al compimento del 70° anno di età; se l'assicuratore non acconsente, il contratto decade);
- e) trasferimento definitivo all'estero, ad eccezione dei paesi imitrofi.

Entro 30 giorni, l'assicuratore può recedere dal contratto se la persona assicurata viola ripetutamente e gravemente le istruzioni dell'assicuratore nell'ambito dell'obbligo di riduzione del danno o le istruzioni del medico. Per cessare il contratto occorre un precedente avvertimento scritto che richiama alle conseguenze giuridiche.

## 7 Estensione della copertura assicurativa

### 7.1 Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata

L'ammontare dell'indennità giornaliera viene concordato tra la persona assicurata e l'assicuratore.

### 7.2 Determinazione dell'indennità giornaliera

#### 7.2.1 In generale

L'indennità giornaliera corrisponde alla 365a parte della perdita di guadagno annua assicurata. L'indennità giornaliera determinata viene corrisposta per ogni giorno civile.

### 7.3 Copertura massima

#### 7.3.1 In generale

L'ammontare massimo dell'indennità giornaliera assicurabile a persona è limitato a:

CHF 200'000.- all'anno

#### 7.3.2 Indipendenti

Le persone assicurate il cui reddito proviene da un'attività lucrativa indipendente hanno la possibilità di assicurare, oltre al reddito soggetto all'AVS secondo la decisione di contribuzione più recente, anche i costi di produzione comprovati. Si tratta di costi che riguardano direttamente la persona assicurata, sono strettamente correlati al lavoro e permangono per il periodo di incapacità al lavoro, in particolare i costi fissi per il canone, l'auto, le assicurazioni, gli ammortamenti di macchinari e simili.

#### 7.3.3 Dipendenti

Le persone assicurate il cui reddito proviene da un rapporto di lavoro dipendente hanno la possibilità di assicurarsi fino all'ammontare del loro salario

lordo soggetto all'AVS.

**7.3.4 Persone non esercitanti un'attività lucrativa**  
Le casalinghe e i casalinghi, le persone in formazione nonché le persone che collaborano nell'azienda familiare senza retribuzione, hanno la possibilità di assicurarsi fino all'ammontare massimo della rendita AVS semplice.

#### 7.3.5 Persone disoccupate

La copertura massima concessa alle persone disoccupate corrisponde all'ammontare dell'indennità di disoccupazione venuta a mancare.

## 7.4 Copertura dell'infortunio

La copertura dell'infortunio può essere integrata o assicurata separatamente.

### 7.5 Parto

Nell'indennità giornaliera in caso di malattia è inclusa anche la copertura per perdita di guadagno in seguito a parto.

### 7.6 Inizio delle prestazioni e periodi d'attesa

L'assicuratore propone l'assicurazione d'indennità giornaliera con inizio differente delle prestazioni.

Il diritto alle prestazioni inizia alla scadenza del periodo d'attesa. Il periodo d'attesa inizia il giorno in cui è subentrata l'incapacità lavorativa attestata dal medico, al più presto però 3 giorni prima della prima consultazione medica. Periodi d'attesa fino a 21 giorni vengono calcolati di volta in volta per ogni singolo caso di malattia o d'infortunio. Periodi d'attesa superiori valgono soltanto una volta l'anno.

Sono considerati giorni d'attesa quei giorni in cui sussiste un'incapacità lavorativa di almeno il 25%.

L'assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera in base all'inizio delle prestazioni selezionato, dopo il subentrare del diritto alle prestazioni, per quei giorni d'incapacità lavorativa effettivamente attestati dal medico.

Al raggiungimento dell'età di pensionamento AVS, un periodo d'attesa concordato di 60 giorni o più viene ridotto a 30 giorni.

## 7.7 Adeguamento dell'assicurazione

### 7.7.1 Adeguamento al rincaro

La persona assicurata può richiedere l'adeguamento al rincaro annuo della propria assicurazione, in conformità all'indice nazionale dei prezzi al consumo. L'assicuratore garantisce l'adeguamento senza

verifica del rischio, nella misura in cui negli ultimi due anni non si sia verificata incapacità al lavoro né siano state percepite indennità giornaliera. L'adeguamento è possibile al massimo per gli ultimi due anni civili. Per quanto riguarda le condizioni di un aumento del grado di copertura, la persona assicurata può inoltre richiedere in ogni momento l'adeguamento della propria assicurazione alla reale evoluzione dei salari.

**7.7.2 Persone disoccupate**  
Indipendentemente dal loro stato di salute e adeguandone i rispettivi premi, le persone disoccupate possono tramutare la loro assicurazione in una variante con periodo d'attesa di 30 giorni. L'importo d'indennità giornaliera viene adeguato all'inizio del periodo di disoccupazione.

## 8 Prestazioni

### 8.1 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

#### 8.1.1 Incapacità lavorativa

Un'incapacità lavorativa sussiste se la persona assicurata in seguito a malattia, infortunio o parto del proprio figlio non è in grado interamente o parzialmente di esercitare l'attuale attività lucrativa o un'altra attività lucrativa esigibile. Un'incapacità lavorativa parziale sussiste con un grado d'incapacità lavorativa di almeno il 25%.

#### 8.1.2 Certificato medico

Le prestazioni d'indennità giornaliera presuppongono che l'incapacità lavorativa della persona assicurata sia comprovata da un attestato medico.

### 8.2 Entità delle prestazioni

#### 8.2.1 In generale

Le prestazioni si calcolano in base all'estensione della copertura assicurativa convenuta nonché secondo le presenti disposizioni assicurative.

#### 8.2.2 Indipendenti e persone non esercitanti un'attività lucrativa

Per gli indipendenti e le persone non esercitanti un'attività lucrativa l'assicuratore corrisponde l'ammontare d'indennità giornaliera convenuto.

#### 8.2.3 Dipendenti

Per i dipendenti l'ammontare delle prestazioni d'indennità giornaliera corrisposte non può oltrepassare l'effettiva perdita di guadagno subita dalla persona assicurata.

#### 8.2.4 Incapacità lavorativa parziale

In caso d'incapacità lavorativa parziale di almeno il

25%, l'indennità giornaliera viene ridotta in misura proporzionale.

Con un grado d'incapacità lavorativa di oltre il 25% e al massimo il 50%, le persone disoccupate percepiscono la metà dell'indennità giornaliera e con un'incapacità lavorativa superiore al 50% l'intera indennità giornaliera.

#### 8.2.5 Infortunio

Qualora sia assicurato anche il rischio d'infortunio, in caso d'infortunio le prestazioni sono corrisposte in ugual misura come in caso di malattia.

#### 8.2.6 Parto

Le indennità giornaliera in caso di parto vengono erogate a condizione che prima del parto esistesse una copertura di pari valore presso l'assicuratore stesso o un altro assicuratore per almeno 270 giorni senza interruzione (termine di carenza in caso di maternità).

Le persone assicurate che cessano la loro attività lucrativa prima delle 8 settimane precedenti il parto o che non percepiscono indennità in caso di maternità in conformità alla Legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG), sono considerate persone non esercitanti un'attività lucrativa.

Se la persona assicurata beneficia di prestazioni derivanti dall'indennità in caso di maternità secondo la LIPG, queste sono dedotte dall'ammontare delle prestazioni **compensa**.

In questo modo **compensa** corrisponde sia alle dipendenti sia alle indipendenti la differenza tra l'indennità in caso di maternità secondo la LIPG e l'indennità giornaliera assicurata per parto.

### 8.3 Durata delle prestazioni

#### 8.3.1 Principio

Per malattia e infortunio assieme, l'indennità giornaliera assicurata viene versata complessivamente durante un massimo di rispettivamente 730 e 365 giorni. La durata delle prestazioni figura sulla polizza d'assicurazione ed è calcolata per singolo caso assicurativo.

Il ripetersi di una malattia o di conseguenze di un infortunio viene considerato come nuovo caso assicurativo, se dall'ultima volta in cui si sono verificate la stessa malattia o le stesse conseguenze di un infortunio la persona assicurata è stata abile al lavoro per 12 mesi consecutivi.

Il periodo d'attesa convenuto viene dedotto dalla

durata massima delle prestazioni. Nel calcolo della durata delle prestazioni, i giorni d'incapacità lavorativa parziale vengono considerati giorni interi.

### 8.3.2 Parto

Il diritto alle prestazioni inizia il giorno del parto. Se prima del parto era assicurata un'indennità giornaliera dello stesso ammontare durante almeno tre anni assicurativi completi, la durata massima delle prestazioni viene prolungata fino a 16 settimane, ovvero di 2 ulteriori settimane in aggiunta all'indennità in caso di maternità secondo la LIPG, nell'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata per il parto. In caso di durata inferiore dell'assicurazione, la durata delle prestazioni ammonta a 8 settimane.

Per il parto vale lo stesso periodo d'attesa come per la malattia. Il periodo d'attesa per il parto viene dedotto dalla durata delle prestazioni indipendentemente da un periodo d'attesa già calcolato per malattia o infortunio. Se a seguito di complicazioni durante la gravidanza il periodo d'attesa è già stato dedotto una volta dalla durata delle prestazioni, si rinuncia a una nuova deduzione.

Le indennità giornaliere per parto vengono dedotte dalla durata massima delle prestazioni di un caso assicurativo.

### 8.3.3 Età pensionistica AVS

In caso di prolungamento dell'assicurazione durante l'età di pensionamento AVS il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste ancora per complessivamente 90 giorni, al massimo però fino al termine del 70° anno d'età.

### 8.3.4 Persone disoccupate

In base alle disposizioni della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza, le persone disoccupate percepiscono l'indennità giornaliera assicurata al massimo fino all'esaurimento del diritto alle prestazioni di disoccupazione.

### 8.3.5 Passaggio dall'assicurazione collettiva

Le persone assicurate, uscite dalla cerchia degli assicurati di un'assicurazione collettiva assicurati in base alla scala secondo le condizioni generali d'assicurazione dell'assicurazione contro la perdita di guadagno per ditte (LCA), possono beneficiare di una durata massima delle prestazioni di 365 giorni.

## 8.4 Limitazione delle prestazioni

### 8.4.1 Esclusione delle prestazioni

Oltre alle esclusioni delle prestazioni riportate nelle Condizioni generali d'assicurazione non sussiste alcun diritto a prestazioni assicurative:

- a) la copertura per conseguenze d'infortuni o malattie professionali va a carico di un altro assicuratore,
- b) se viene attestata un'incapacità al lavoro da parte di un medico o un chiroterapeuta non riconosciuto dall'assicuratore,
- c) la persona assicurata ha percepito o tenta di percepire prestazioni intenzionalmente e in modo illecito,
- d) il grado d'incapacità lavorativa della persona assicurata è inferiore al 25%,
- e) i dipendenti beneficiano di un congedo non retribuito,
- f) se la persona assicurata viola ripetutamente e gravemente le disposizioni dell'assicuratore o le istruzioni del medico, a meno che si tratti di una violazione non intenzionale ovvero se la persona assicurata dimostra che essa non ha influito sull'obbligo alla prestazione dell'assicuratore,
- g) se la persona assicurata non si sottopone alla visita di controllo del medico di fiducia richiesta dall'assicuratore, a meno che si tratti di una violazione non intenzionale ovvero se la persona assicurata dimostra che essa non ha influito sull'obbligo alla prestazione dell'assicuratore,
- h) la persona assicurata rifiuta di esercitare un'altra attività lucrativa esigibile,
- i) al termine del contratto d'assicurazione. Restano salvi gli obblighi di prestazione periodici ai sensi dell'art.35c LCA.

### 8.4.2 Riduzione delle prestazioni

Oltre alle limitazioni alle prestazioni citate nelle Condizioni generali d'assicurazione, si può verificare una riduzione delle prestazioni nel caso in cui la malattia o le conseguenze d'infortunio siano soltanto parzialmente causa dell'incapacità al lavoro.

### 8.4.3 Obbligo di rimborso

Le prestazioni percepite erroneamente o ingiustificatamente devono essere rimborsate dalla persona assicurata all'assicuratore.

## 9 Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio

### 9.1 Obbligo di notifica

La persona assicurata è tenuta a informare entro cinque giorni l'assicuratore di ogni incapacità al lavoro che potrebbe dare diritto a percepire un'indennità giornaliera, indicando se si tratta di infortunio o malattia. Nel caso in cui il periodo d'attesa convenuto sia superiore a 21 giorni, la notifica deve avvenire al più tardi una settimana prima del subentrare di un'eventuale richiesta di prestazioni.

L'attestato redatto dal medico o dal chiroterapeuta deve essere fatto pervenire all'assicuratore al massimo dieci giorni dopo l'inizio dell'incapacità al lavoro oppure, in caso di periodi di attesa superiori ai 21 giorni, in concomitanza con la notifica all'assicuratore relativa all'incapacità al lavoro.

In caso di omissione senza giustificazione plausibile, l'assicuratore corrisponderà prestazioni soltanto a partire dal momento in cui la notifica gli sarà pervenuta.

I dipendenti hanno l'obbligo di comprovare la perdita di guadagno non coperta.

Se il grado di incapacità al lavoro si riduce, occorre informare immediatamente l'assicuratore.

### 9.2 Obbligo d'informazione

In caso di infortunio, la persona assicurata mette a disposizione dell'assicuratore tutte le informazioni necessarie relative all'accaduto e a eventuali terzi coinvolti nell'infortunio.

In caso di assenze di breve durata frequenti in un lasso di tempo ridotto, l'assicuratore è autorizzato a richiedere che la persona assicurata si sottoponga a visita medica il primo giorno dell'incapacità al lavoro.

L'assicuratore può in ogni caso verificare l'incapacità al lavoro nonché la perdita di guadagno non coperta ed eventualmente adottare adeguate misure di controllo.

Per il resto valgono gli obblighi d'informazione ai sensi delle Condizioni generali d'assicurazione.

## 10 Premi e pagamenti

### 10.1 Ammontare dei premi

L'ammontare dei premi è determinato in base ai rischi assunti, quali ad esempio età, luogo di domicilio, prestazioni elargite oppure settore professionale della persona assicurata. Le persone passate dall'assicurazione collettiva contro la perdita di guadagno per ditte a quella individuale costituiscono una propria categoria di rischio.

Per la fissazione del premio, il relativo pagamento, i ritardi nel pagamento nonché l'adeguamento del premio valgono inoltre le Condizioni generali d'assicurazione.

### 10.2 Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)

#### 10.2.1 Principio

In caso di assenza di prestazioni è concesso un ribasso.

#### 10.2.2 Periodo di osservazione

Quale periodo d'osservazione vale il lasso di tempo dal 1° settembre o dall'inizio dell'assicurazione fino al 31 agosto successivo. Determinante per il calcolo delle prestazioni durante il periodo d'osservazione risulta la data d'elaborazione di un conteggio d'indennità giornaliera.

#### 10.2.3 Gradi di ribasso

Si applicano i seguenti gradi di ribasso o premi:

Variante A	
Grado di ribasso	Ribasso per assenza di prestazioni
A0	+ 56.25%
A1	Premio ordinario compensa
A2	- 36%
A3	- 59.04%

Variante B	
Grado di ribasso	Ribasso per assenza di prestazioni
B1	Premio ordinario compensa
B2	- 36%

Il premio per compensa con ribasso per assenza di prestazioni figura sulla polizza d'assicurazione. In concomitanza dell'inizio di un nuovo periodo as-

sicurativo l'assicuratore ha la facoltà d'introdurre nuovi gradi di ribasso o di adeguare i ribassi all'evoluzione dei costi.

#### 10.2.4 Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni

Se nel corso di uno periodo d'osservazione la persona assicurata ha usufruito di prestazioni, dal 1° gennaio dell'anno successivo si procede all'adeguamento del grado di un livello (al massimo fino al grado di ribasso A0 [variante A] o B1 [variante B]).

#### 10.2.5 Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni

Se la persona assicurata non ha beneficiato di prestazioni durante tre periodi d'osservazione consecutivi nello stesso grado di ribasso, a partire dal 1° gennaio del quarto anno si effettua un adeguamento del grado di un livello, a condizione che la persona assicurata non si trovi già al grado con il ribasso massimo.

#### 10.2.6 Modifica della copertura assicurativa

In caso di modifica della copertura assicurativa nell'ambito di compensa, il grado di ribasso raggiunto viene mantenuto.

### 10.3 Pagamento delle prestazioni

#### 10.3.1 Versamento delle indennità giornaliera

L'indennità giornaliera viene versata sulla base del certificato medico, dopo il riacquisto della capacità lavorativa. Se la durata dell'incapacità lavorativa è superiore a un mese, l'indennità giornaliera viene di regola versata una volta al mese.

#### 10.3.2 Indennità giornaliera per il parto

Le indennità giornaliera in caso di parto vengono erogate alle lavoratrici indipendenti e alle dipendenti soltanto nel momento in cui l'assicuratore è in possesso del conteggio dell'indennità in caso di maternità ai sensi della LIPG.

## 11 Prestazioni di terzi

### 11.1 Dipendenti e persone non esercitanti un'attività lucrativa

I giorni con prestazioni parziali a seguito di riduzione per diritto a prestazioni di terzi vengono conteggiati come giorni interi nella determinazione della durata della prestazione e del periodo d'attesa. Per il resto valgono le normative ai sensi delle Condizioni generali d'assicurazione.

### 11.2 Indipendenti

Per i lavoratori / le lavoratrici indipendenti il vo-

lume della prestazione corrisponde alla somma concordata per l'indennità giornaliera. La disciplina relativa alla sovrassicurazione ai sensi delle Condizioni generali d'assicurazione non trova applicazione.

Non vengono per contro assunte prestazioni che vanno a carico di assicurazioni sociali (LAMal, LAINF, LAI, LAM, AVS, LADI, IPG, LPP, LAF, ecc.).

Il diritto alle prestazioni va rivendicato presso la rispettiva assicurazione sociale.

La persona assicurata cede all'assicuratore eventuali diritti al pagamento di arretrati nei confronti delle assicurazioni sociali se questo ha erogato prestazioni anticipate.

## 12 Fasce d'età

In questa categoria assicurativa vale la tariffa in base all'età. Vale a dire che i premi della categoria assicurativa generalmente crescono ad ogni passaggio alla successiva fascia d'età:

anni				
15 - 18	26 - 30	36 - 40	46 - 50	56 - 60
19 - 25	31 - 35	41 - 45	51 - 55	61 - 70







1053/i/02.2022

+41 58 262 42 00  
[www.sympany.ch](http://www.sympany.ch)

Assicurarsi al meglio.  
The logo for Sympany, featuring a stylized red 'C' shape that encircles the word 'sympany' in a lowercase, sans-serif font.