



Condizioni generali d'assicurazione (CGA) secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

complemento generale | capita malattia | capita infortunio |
compensa | dental | hospita | mondial | plus | premium |
complemento privato | complemento privato per trat-
tamento stazionario | protect | salto | tourist

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Capitolo	Pagina	Capitolo	Pagina
1 Basi dell'assicurazione	3	6 Prestazioni	6
1.1 Scopo		6.1 Definizioni dei termini	
1.2 Assicuratore		6.2 Validità delle prestazioni	
1.3 Persona assicurata		6.3 Prestazioni assicurate	
1.4 Oggetto dell'assicurazione		6.4 Restrizioni delle prestazioni	
1.5 Condizioni generali d'assicurazione (CGA)		7 Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio	8
1.6 Condizioni per l'assicurazione collettiva		7.1 Obbligo di notifica	
1.7 Condizioni per i contratti quadro		7.2 Riduzione del danno	
1.8 Legge sul contratto d'assicurazione		7.3 Obbligo d'informazione	
2 Categorie assicurative	3	8 Premi e pagamenti	9
2.1 Possibilità assicurative		8.1 Determinazione dei premi	
2.2 Modifiche delle categorie assicurative		8.2 Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione ai costi	
2.3 Categorie assicurative scelte		8.3 Pagamento dei premi	
3 Persone assicurate	4	8.4 Partecipazione alle eccedenze	
3.1 Assicurazione individuale		8.5 Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)	
3.2 Assicurazione collettiva		8.6 Altre condizioni di pagamento	
4 Inizio e durata dell'assicurazione	4	9 Prestazioni di terzi	11
4.1 Procedura alla stipulazione dell'assicurazione		9.1 Sussidiarietà	
4.2 Inizio dell'assicurazione		9.2 Assicurazioni sociali	
4.3 Durata dell'assicurazione		9.3 Prestazioni anticipate e regresso	
4.4 Modifica dell'assicurazione		9.4 Sovrassicurazione	
4.5 Sospensione dell'assicurazione		10 Carta cliente	11
5 Fine dell'assicurazione	6	11 Protezione dei dati	11
5.1 Disdetta da parte della persona assicurata		12 Comunicazioni	12
5.2 Nessuna disdetta da parte dell'assicuratore		13 Foro competente	12
5.3 Altri motivi di estinzione		14 Interpretazione	12

Condizioni generali d'assicurazione

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

A completamento all'assicurazione contro le malattie in base alla LAMal vengono offerte nel quadro delle presenti Condizioni generali d'assicurazione assicurazioni complementari ed altre assicurazioni.

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è la società d'assicurazione indicata nelle singole categorie assicurative (di seguito definita assicuratore).

1.3 Persona assicurata

Si considera persona assicurata la persona indicata nella polizza assicurativa. La/lo stipulante è la parte contraente che riceve copertura assicurativa per sé e/o per altre persone tramite la stipulazione del contratto di assicurazione. In queste Condizioni generali d'assicurazione (CGA) e nelle relative Condizioni speciali (CS), quando si parla della persona assicurata per analogia s'intende anche la/lo stipulante.

1.4 Oggetto dell'assicurazione

Sono assicurate le conseguenze finanziarie in seguito a malattia, infortunio e maternità nel corso della durata dell'assicurazione.

Se previsto nelle disposizioni delle singole categorie assicurative, la copertura dell'infortunio può essere esclusa.

1.5 Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Le CGA regolano il rapporto assicurativo, a meno che nel singolo contratto non siano convenute condizioni particolari. Le Condizioni generali d'assicurazione valgono per tutte le altre categorie assicurative menzionate in seguito. Le singole modalità sulle prestazioni figurano nelle Condizioni speciali delle singole categorie assicurative. Se le singole categorie assicurative differiscono dalle Condizioni generali d'assicurazione, prevalgono le Condizioni speciali delle singole categorie assicurative.

1.6 Condizioni per l'assicurazione collettiva

Le CGA valgono anche per le assicurazioni collettive nell'ambito delle spese di cura. Nel singolo contratto collettivo possono essere concordate condizioni divergenti tra la/lo stipulante e l'assicuratore. Questi accordi riguardano in particolare l'ammissione, l'entità delle prestazioni, la definizione dei premi, la durata assicurativa, la disdetta e la suddivisione dei diritti e degli obblighi. Le disposizioni nel contratto collettivo prevalgono

rispetto alle Condizioni generali d'assicurazione.

Se nel contratto collettivo non sono state concordate disposizioni divergenti, trovano applicazione le presenti CGA. La persona assicurata ha il diritto di richiedere all'assicuratore informazioni in merito alle condizioni relative al rapporto assicurativo del contratto collettivo.

1.7 Condizioni per gli contratti quadro

Le CGA sono anche applicabili ai contratti quadro nell'ambito delle spese di cura. Nel contratto quadro individuale, condizioni diverse possono essere concordate tra il partner del contratto quadro e l'assicuratore. Questo accordo riguarda, per esempio, le semplificazioni amministrative o uno sconto sul contratto quadro. Il partner del contratto quadro e l'assicuratore possono modificare o annullare lo sconto del contratto quadro. Un adeguamento dello sconto del contratto quadro viene comunicato alla persona assicurata con un preavviso di 30 giorni. La persona assicurata ha il diritto di recedere dalla relativa categoria assicurativa entro 30 giorni dalla comunicazione da parte dell'assicuratore, con decorrenza dalla data in cui l'adeguamento dello sconto del contratto quadro diviene efficace. L'assicurato conclude il contratto di assicurazione direttamente con l'assicuratore. Le disposizioni del contratto quadro hanno la precedenza sulle Condizioni generali d'assicurazione. Le disposizioni che si applicano alla persona assicurata devono essere portate a conoscenza della persona assicurata prima della conclusione dell'assicurazione. Se nel contratto quadro non sono state fatte altre disposizioni, si applicano le presenti CGA. La persona assicurata ha il diritto di prendere visione delle condizioni relative al rapporto assicurativo del contratto collettivo.

1.8 Legge sul contratto d'assicurazione

Se nelle disposizioni contrattuali non sono definite regolamentazioni differenti, valgono le disposizioni della Legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (Stato al 1° gennaio 2022). Questa regolamentazione vale anche per contratti di assicurazione stipulati prima del 1° gennaio 2022.

2 Categorie assicurative

2.1 Possibilità assicurative

Le categorie assicurative secondo le presenti CGA sono le seguenti assicurazioni contro i danni o di somma fissa.

Assicurazioni contro i danni: in caso di prestazione, l'assicuratore rimborsa alla persona assicurata i costi effettivi delle prestazioni tenendo conto di

franchigie, limiti e/o altri importi massimi concordati contrattualmente.

- **plus**
- **premium**
- **complemento generale**
- **complemento privato**
- **hospita generale, semiprivata, privata, infortunio privato**
- **globale, flex, comfort**
- **complemento paziente privato per trattamento stazionario**
- **salto**
- **mondial**
- **dental**
- **compensa**
- **tourist**
- **protect**

Assicurazioni di somma fissa: in caso di prestazione, l'assicuratore rimborsa alla persona assicurata la somma pattuita, sia che la persona assicurata abbia subito o meno un danno.

- **capita infortunio**
- **capita malattia**

Vengono gestiti singoli reparti d'assicurazione con le varianti **mondial**.

2.2 Modifiche delle categorie assicurative

Le categorie assicurative possono, mantenendo i diritti acquisiti, essere adeguate, completate oppure nuovamente strutturate dall'assicuratore secondo le esigenze mutate.

2.3 Categorie assicurative scelte

Le categorie assicurative stipulate vengono fissate nella polizza d'assicurazione. Anche le disposizioni o gli accordi particolari che differiscono dalle Condizioni generali d'assicurazione figurano nella polizza d'assicurazione.

3 Persone assicurate

3.1 Assicurazione individuale

Sono assicurate le persone figuranti sulla polizza d'assicurazione.

3.2 Assicurazione collettiva

Nel contratto collettivo viene definita la cerchia delle persone assicurate o assicurabili. Sono assicurate le persone oppure i gruppi di persone figuranti sulla polizza d'assicurazione.

4 Inizio e durata dell'assicurazione

4.1 Procedura alla stipulazione dell'assicurazione

4.1.1 Proposta

La proposta d'assicurazione avviene per iscritto tramite il modulo prestampato dell'assicuratore. Alle domande poste sul formulario occorre rispondere completamente e in modo veritiero. Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili, la proposta deve essere compilata dal loro rappresentante legale.

4.1.2 Obbligo d'informazione

Se al momento della proposta vengono fornite indicazioni non corrette o non complete, l'assicuratore può procedere alla disdetta del contratto entro quattro settimane dal momento in cui è venuta a conoscenza della reticenza. In caso di scioglimento del contratto si estingue anche l'obbligo di prestazione dell'assicuratore per danni già verificatisi, nella misura in cui essi possono essere ricondotti a indicazioni non corrette o non complete. Nella misura in cui l'obbligo di prestazione è stato già adempiuto, l'assicuratore ha diritto al rimborso.

Con la proposta d'assicurazione la persona proponente autorizza l'assicuratore a raccogliere informazioni necessarie per la stipulazione dell'assicurazione e per l'accertamento di un futuro obbligo di prestazione, presso personale medico come pure altri assicuratori.

L'assicuratore può richiedere un certificato medico o una visita medica a proprie spese. La persona assicurata deve provvedere a fornire tutte le informazioni necessarie.

4.1.3 Rifiuto o esclusione delle prestazioni

L'assicuratore può rifiutare proposte o escludere singole prestazioni dalla copertura assicurativa.

4.1.4 Documenti

Al momento della stipulazione dell'assicurazione, la persona assicurata riceve:

- la polizza d'assicurazione,
- le condizioni speciali,
- le Condizioni generali d'assicurazione.

4.1.5 Termine di accettazione

Chi ha inoltrato all'assicuratore la proposta per un contratto d'assicurazione rimane vincolato per 14 giorni, a meno che non abbia fissato un termine più breve per l'accettazione. Se l'assicurazione richiede una visita medica, la persona proponente rimane vincolata per quattro settimane.

4.1.6 Diritto di revoca – definizione

La persona assicurata può revocare per iscritto la sua proposta per la stipulazione del contratto o la dichiarazione sulla sua accettazione. Il periodo di revoca è di 14 giorni e inizia nel momento in cui la persona assicurata ha richiesto o accettato il contratto. Il termine risulta rispettato se la persona assicurata comunica all'assicuratore la propria revoca o consegna alla posta la propria dichiarazione di revoca l'ultimo giorno del periodo di revoca. Il diritto di revoca è escluso per accordi con una durata inferiore a un mese. Fintanto che terzi danneggiati possono far valere in buona fede diritti nei confronti dell'assicuratore nonostante una revoca, la persona assicurata è debitrice del premio e l'assicuratore non può opporre al terzo danneggiato l'inefficacia del contratto.

4.1.7 Diritto di revoca – effetto

La revoca rende inefficace fin dall'inizio la proposta di stipula del contratto o la dichiarazione di accettazione della persona assicurata. Le parti devono rimborsare prestazioni già ricevute. La persona assicurata non è debitrice di alcun ulteriore indennizzo nei confronti dell'assicuratore. Laddove risulta adeguato, la persona assicurata deve rimborsare all'assicuratore in tutto o in parte i costi per particolari accertamenti effettuati da quest'ultimo in buona fede in vista della stipulazione del contratto.

4.2 Inizio dell'assicurazione

L'assicurazione inizia alla data confermata sulla polizza assicurativa.

4.3 Durata dell'assicurazione

4.3.1 Periodo di assicurazione

L'assicurazione dura di volta in volta un anno civile, ovvero dal 1° gennaio al 31 dicembre.

4.3.2 Durata assicurativa superiore

In caso di stipulazione di un'assicurazione per una durata di tre anni civili completi può essere accordato un ribasso.

4.3.3 Momento della stipulazione dell'assicurazione

È possibile stipulare un'assicurazione in qualsiasi momento, anche durante l'anno civile. Il premio si basa sulla durata assicurativa rimanente.

4.3.4 Proroga dell'assicurazione

Dopo ogni anno, il contratto d'assicurazione si rinnova tacitamente per un ulteriore anno civile, se non viene disdetto dalla persona assicurata nel rispetto del termine di disdetta ordinario.

Le modifiche all'assicurazione da parte dell'assicuratore vengono effettuate all'inizio del nuovo periodo di assicurazione.

4.4 Modifica dell'assicurazione

4.4.1 Modifica da parte della persona assicurata

Domande di modifica del contratto d'assicurazione con una copertura maggiore o domande per le quali viene richiesta una dichiarazione sullo stato di salute sono considerate come una domanda di un nuovo contratto d'assicurazione.

In caso di riduzione della copertura assicurativa sono applicabili le disposizioni relative alla disdetta.

4.4.2 Modifica da parte dell'assicuratore

Se dopo la stipulazione dell'assicurazione le condizioni quadro per l'assicurazione delle conseguenze finanziarie in caso di malattia, maternità e infortunio dovessero subire notevoli modifiche come ad esempio l'aumento del personale medico oppure nuove categorie di personale medico, l'ampliamento dell'offerta di prestazioni mediche, l'introduzione di nuove forme terapeutiche costose oppure medicinali e sviluppi analoghi, oppure modifiche nella legislazione sulle assicurazioni sociali, l'assicuratore è autorizzato ad adeguare le disposizioni assicurative.

Queste nuove condizioni contrattuali entrano in vigore all'inizio di un nuovo periodo assicurativo e vengono comunicate alla persona assicurata con un preavviso di 30 giorni. La persona assicurata ha diritto di recedere dalle rispettive categorie assicurative entro 30 giorni dalla comunicazione, con decorrenza dalla fine del periodo assicurativo in corso. Se la persona assicurata non inoltra disdetta, le nuove condizioni contrattuali sono considerate accettate.

4.5 Sospensione dell'assicurazione

4.5.1 Condizioni

La sospensione dell'assicurazione può essere richiesta in tutte o nelle singole categorie assicurative, a condizione che possa essere dimostrata l'esistenza di un'altra copertura assicurativa.

Per convenire una sospensione, vale la medesima procedura applicata alle nuove stipulazioni (domanda d'ammissione, obbligo d'informazione, possibilità di rifiuto, documenti, diritto di revoca). Durante la sospensione viene riscosso un premio ridotto.

4.5.2 Durata ed entità della sospensione

La sospensione ha inizio dopo la presentazione della proposta, al più presto all'inizio del mese dopo la comunicazione del motivo della sospensione. La sospensione deve essere richiesta per almeno tre mesi e può essere stipulata per una durata fino a sei anni. È possibile richiedere un'ulteriore proroga della sospensione. Se l'assicuratore non può approvare una proroga, il contratto si estingue. In caso di soggiorno all'estero deve essere indicato un indirizzo di contatto in Svizzera.

Se viene a mancare il motivo della sospensione, la copertura assicurativa si riattiva completamente, se ciò viene richiesto entro 30 giorni. Se la copertura assicurativa non viene riattivata entro il termine, l'assicurazione si estingue.

5 Fine dell'assicurazione

5.1 Disdetta da parte della persona assicurata

5.1.1 Disdetta ordinaria

L'assicurazione o una categoria assicurativa può essere disdetta per iscritto per il 31 dicembre al più tardi il 30 settembre.

Restano riservate le disposizioni differenti in materia di disdetta nelle singole categorie assicurative.

5.1.2 Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore ha erogato prestazioni, la persona assicurata ha la possibilità di recedere per iscritto dalla rispettiva parte del contratto, cioè dalla rispettiva categoria assicurativa, entro 14 giorni dal momento del pagamento oppure dal momento in cui è venuta a conoscenza dell'assunzione delle prestazioni da parte dell'assicuratore. Il premio è dovuto fino al termine del contratto.

5.1.3 Diritto di passaggio in caso di disdetta del contratto collettivo

Le persone assicurate la cui assicurazione si estingue in seguito a disdetta del contratto collettivo hanno il diritto di passare a un'assicurazione individuale equivalente. In caso di passaggio a una copertura assicurativa più elevata è necessaria una nuova dichiarazione sullo stato di salute. Il diritto di passaggio deve essere fatto valere entro 30 giorni dalla fine del contratto collettivo.

Non sussiste alcun diritto di passaggio, se la persona assicurata ha stipulato per questa cerchia di persone un nuovo contratto collettivo presso un altro assicuratore.

5.2 Nessuna disdetta da parte dell'assicuratore

L'assicuratore non rescinde il contratto, espressamente in base al suo diritto legale, alla scadenza del contratto o in caso di sinistro. Si riserva la disdetta in seguito ad abuso compiuto o tentato nei confronti dell'assicurazione.

5.3 Altri motivi di estinzione

L'assicurazione si estingue inoltre nei seguenti casi:

- a) in caso di decesso della persona assicurata,
- b) con la partenza per l'estero (ad eccezione dei frontalieri, dei lavoratori distaccati o in caso di stipulazione di un'assicurazione **mondial**),
- c) in caso di raggiungimento del limite d'età definito per la copertura assicurativa,
- d) in caso di esaurimento definitivo del diritto a tutte le prestazioni di una categoria assicurativa,
- e) se al raggiungimento della durata assicurativa massima (di 36 mesi con possibile proroga di altri 36 mesi) per l'assicurazione **mondial** o in caso di sospensione, il contratto non viene rinnovato,
- f) se durante il rapporto assicurativo la persona assicurata è soggetta all'obbligo assicurativo in Svizzera o nel suo paese di domicilio o se decade l'esenzione da tale obbligo, l'assicurazione **mondial** si estingue alla data del nuovo assoggettamento all'obbligo assicurativo, ma al più presto alla fine del mese in cui l'assicuratore riceve la corrispondente comunicazione.

6 Prestazioni

6.1 Definizioni dei termini

6.1.1 Malattia

Si considera malattia qualsiasi alterazione dello stato di salute, fisica, mentale o psichica, che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda una visita o un trattamento medico oppure che causa un'incapacità lavorativa.

6.1.2 Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi azione dannosa, improvvisa e involontaria esercitata sul corpo umano da un fattore esterno straordinario, tale da compromettere la salute fisica, mentale o psichica o da causare il decesso. Pur mancando l'influsso di un fattore esterno straordinario, le seguenti lesioni corporali elencate in maniera esaustiva sono parificate all'infortunio, a condizione che non siano inequivocabilmente riconducibili a malattia o a fenomeni degenerativi:

- a) fratture,
- b) lussazioni di articolazioni,
- c) lacerazioni del menisco,

- d) lacerazioni muscolari,
- e) stiramenti muscolari,
- f) lacerazioni dei tendini,
- g) lesioni dei legamenti,
- h) lesioni del timpano.

Non costituiscono lesioni corporali ai sensi del capoverso precedente i danni non imputabili a infortunio causati ad oggetti utilizzati in seguito a malattia e in sostituzione di una parte o una funzione corporea.

Sono parimenti considerati infortuni le malattie professionali riconosciute come infortuni ai sensi della LAINF.

6.1.3 Maternità

Le prestazioni legate alla gravidanza e al parto sono assicurate come quelle per la malattia, se al momento del parto, l'assicurazione a favore della madre presso l'assicuratore è durata almeno 270 giorni, oppure, in caso di assicurazione equivalente presso un altro assicuratore, se l'inoltro della proposta d'assicurazione presso l'assicuratore è stato confermato almeno 270 giorni prima del parto.

6.2 Validità delle prestazioni

6.2.1 Validità delle prestazioni territoriale

L'assicurazione vale di norma per le prestazioni in Svizzera e in caso di cura d'emergenza in tutto il mondo. Hanno la precedenza le disposizioni sulla validità locale in base alle disposizioni assicurative delle singole categorie assicurative.

Per i frontalieri sussiste la copertura assicurativa anche per le prestazioni al loro domicilio.

6.2.2 Validità delle prestazioni temporale

Il diritto alle prestazioni sussiste nel corso della durata dell'assicurazione. Per le spese che sorgono in seguito all'estinzione dell'assicurazione, non sussiste alcun diritto alle prestazioni. È determinante la data della cura oppure il momento del beneficio della singola prestazione assicurata. Restano salvi gli obblighi di prestazione periodici ai sensi dell'art.35c LCA.

6.3 Prestazioni assicurate

6.3.1 Entità delle prestazioni

Sono assicurate le prestazioni secondo la copertura definita nella polizza d'assicurazione e in base alle disposizioni per le singole categorie assicurative.

6.3.2 Economicità della cura

Le cure sono coperte se sono economiche, efficaci, opportune e medicalmente necessarie. Ciò significa che le spese per le cure mediche vengono assunte se il loro ammontare si limita a quanto è nell'interesse dell'assicurato ed è necessario per la cura.

Ai fini di un'assistenza ottimale dei propri assicurati, l'assicuratore può convenire con i fornitori di prestazioni ammessi delle misure di accompagnamento volte a garantire agli assicurati la cura più efficace, opportuna ed economica grazie a una migliore collaborazione e coordinazione tra i fornitori di prestazioni e l'assicuratore. L'assicuratore può incaricare una/un consulente sanitaria/o di realizzare queste misure. In caso di chiara fatturazione eccessiva, l'assicuratore può ridurre proporzionalmente le sue prestazioni o far dipendere il pagamento delle stesse da una riduzione.

6.3.3 Cure da parte di personale medico riconosciuto

Sono assicurate le cure fornite da personale o da istituti medici riconosciuti dalla LAMal. Le prestazioni fornite da altre persone o altri istituti sono assicurate solo se sono previste nelle singole categorie assicurative.

6.4 Restrizioni delle prestazioni

6.4.1 Malattie e infortuni preesistenti

L'assicuratore può escludere completamente dalla copertura assicurativa (riserva) malattie e le conseguenze di infortuni esistenti oppure che esistevano al momento della stipulazione dell'assicurazione oppure rifiutare l'intera proposta. In caso di assicurazione più elevata con riserva, le prestazioni già coperte nella precedente categoria assicurativa non vengono limitate nella nuova categoria assicurativa o classe.

La limitazione della copertura viene comunicata per iscritto alla persona assicurata.

6.4.2 Esclusione delle prestazioni

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative:

- a) per malattie e conseguenze di infortuni che esistevano già al momento della stipulazione dell'assicurazione e che l'assicuratore ha escluso dall'assicurazione,
- b) per malattie o conseguenze d'infortuni che esistevano già al momento della proposta e che non sono state comunicate o solo parzialmente,

- c) durante un termine di carenza,
- d) nel caso in cui una cura non serve a eliminare i disturbi alla salute o le rispettive conseguenze. Restano riservate le misure che impediscono l'inizio o il peggioramento di un disturbo alla salute se è già presente uno stato di malattia,
- e) per trattamenti da un fornitore di prestazioni non riconosciuto dall'assicuratore,
- f) per cure dentarie nel caso in cui la copertura non è disciplinata esplicitamente nella categoria assicurativa stipulata,
- g) in caso di sospensione dell'assicurazione,
- h) in caso di ritardo nel pagamento a partire dal termine di diffida fino al completo pagamento di tutte le prestazioni,
- i) in caso di coinvolgimento in operazioni belliche, disordini o simili nonché in caso di servizio militare all'estero,
- j) per le malattie e gli infortuni conseguenti a eventi bellici iniziati da oltre 14 giorni,
- k) per le malattie e gli infortuni conseguenti ad una partecipazione attiva a reati, risse e altre violenze,
- l) per conseguenze di terremoti e di altre catastrofi naturali,
- m) per danni alla salute conseguenti a importanti sinistri industriali oppure sinistri derivanti dall'energia nucleare,
- n) per trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK), Soletta, ha convenuto importi forfettari indipendentemente dal luogo in cui vengono eseguiti i trapianti,
- o) per partecipazioni alle spese legali e convenute dall'assicurazione obbligatoria,
- p) per malattie epidemiche.

Eventuali ulteriori esclusioni delle prestazioni e limitazioni vanno stabilite nelle disposizioni per le singole categorie assicurative.

6.4.3 Restrizioni delle prestazioni

Le prestazioni possono essere ridotte:

- a) in caso di violazione di obblighi di notifica o doveri previsti in caso di sinistro conformemente alle GCA,
- b) in caso di negligenza grave all'insorgere di malattie o infortuni, in particolare in seguito ad abuso di alcool, medicinali o altre droghe,
- c) per danni alla salute riconducibili a un atto temerario, ovvero quando la persona assicurata si espone a un grave pericolo senza prendere oppure poter prendere provvedi-

- menti finalizzati a ridurre il rischio a un grado ragionevole. Sono escluse azioni di soccorso di persone. Per atto temerario ai sensi di queste disposizioni si intende in particolare la partecipazione a corse con veicoli a motore o a un relativo allenamento oppure a tipi di sport rischiosi, senza la presenza, l'assistenza e l'organizzazione di professionisti o persone qualificate. L'assicuratore tiene un elenco che include tutte le discipline sportive considerate temerarie. Tale elenco non è esaustivo e può essere consultato in qualsiasi momento dalle persone assicurate,
- d) se il danno alla salute è stato provocato intenzionalmente, anche come conseguenza di tentativi di suicidio o di autolesionamento,
- e) se nonostante sollecito scritto per la determinazione del diritto assicurativo non vengono presentati entro quattro settimane i documenti necessari.

Non si applicano invece riduzioni delle prestazioni se

- a) le fattispecie non sono imputabili alla persona assicurata o
- b) la persona assicurata dimostra che la violazione del contratto non ha alcun influsso sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità delle prestazioni dovute dall'assicuratore.

7 Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio

7.1 Obbligo di notifica

Le persone assicurate sono tenute a presentare all'assicuratore i loro diritti alle prestazioni entro il termine stabilito nelle disposizioni per le singole categorie assicurative. L'insorgere di un infortunio deve essere notificato al più tardi entro dieci giorni.

La notifica deve avvenire in modo veritiero. Se vengono fatte valere delle prestazioni, all'assicuratore devono essere messe a disposizione tutte le informazioni unitamente alle indicazioni mediche e amministrative richieste. Vengono accettate solo fatture originali leggibili e dettagliate.

7.2 Riduzione del danno

La persona assicurata deve fare tutto il possibile per favorire la riduzione del danno, in particolare ciò che promuove la guarigione e deve evitare tutto quanto la ritarderebbe. Nell'ambito delle misure d'accompagnamento dell'assicuratore, la persona assicurata sosterrà l'operato della/del consulente sanitaria/o, fornendole/gli tutte le informazioni di cui necessita.

7.3 Obbligo d'informazione

La persona assicurata libera i medici curanti e l'altro personale medico nonché gli assicuratori dal segreto professionale nei confronti dell'assicuratore. In caso di necessità, l'assicuratore può richiedere informazioni.

Su richiesta, la persona assicurata deve sottoporsi a una visita di un secondo medico o del medico di fiducia dell'assicuratore. Le spese sono a carico dell'assicuratore.

La persona assicurata deve notificare all'assicuratore tutte le prestazioni di terzi in caso di malattia, infortunio e invalidità. Su richiesta devono essere inoltrati all'assicuratore tutti i conteggi di terzi.

Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili, la persona assicurata è tenuta a imporre l'osservanza dell'obbligo d'informazione.

8 Premi e pagamenti

8.1 Determinazione dei premi

8.1.1 In generale

I premi vengono fissati in una tariffa dei premi per ogni categoria assicurativa.

8.1.2 Ammontare dei premi

L'ammontare dei premi viene determinato secondo il rischio, p. es. in base all'età della persona assicurata (ovv. fasce d'età), al domicilio, all'ammontare del rischio assunto in proprio o dall'assicurato, ecc.

Le modifiche di premio in seguito al passaggio a un altro gruppo di rischio vengono effettuate automaticamente. L'assicuratore si riserva di introdurre nuove fasce d'età massima come conseguenza degli sviluppi demografici. Le fasce d'età sono riportate al termine delle Condizioni speciali della relativa categoria assicurativa.

Per le assicurazioni sospese viene riscosso un premio ridotto.

8.1.3 Ribasso famiglia

Ribassi sui premi possono essere accordati alle famiglie, in particolare ai figli fino a 18 anni, se un'assicurazione viene stipulata per una durata di almeno tre anni civili interi, oppure se i coniugi si assicurano in modo equivalente.

Le premesse per la concessione di un ribasso a favore dei figli sono:

- in caso di una durata dell'assicurazione di tre anni civili interi: che uno dei genitori sia assicurato presso lo stesso assicuratore in maniera almeno equivalente al figlio e che conviva nella stessa economia domestica con il figlio (polizza di famiglia),
- per l'esonero dal pagamento dei premi dal 3° figlio: che entrambi i fratelli o le sorelle maggiori, di età inferiore ai 25 anni, conviventi nella stessa economia domestica (polizza di famiglia), siano assicurati presso l'assicuratore in maniera almeno equivalente.

8.2 Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione ai costi

Le tariffe dei premi e la partecipazione ai costi possono essere adeguate allo sviluppo delle spese e all'andamento dei sinistri. Lo sconto famiglia è escluso dall'adeguamento.

L'adeguamento del premio viene comunicato alla persona assicurata con un preavviso di 30 giorni. Sussiste il diritto di recedere dalla relativa categoria assicurativa entro 30 giorni dalla comunicazione dell'assicuratore con decorrenza dalla data dell'entrata in vigore dell'adeguamento del premio. Eventuali adeguamenti dei premi dovuti al passaggio automatico in una fascia di età superiore o all'introduzione di una fascia d'età massima comportano un diritto di disdetta straordinario alle stesse condizioni.

In mancanza di una disdetta, l'adeguamento è considerato accettato.

8.3 Pagamento dei premi

8.3.1 Scadenza

I premi vanno pagati anticipatamente secondo le scadenze e i termini di pagamento stabiliti nella fattura dei premi. I premi vanno versati senza interruzioni, quindi anche in caso di malattia, infortunio, gravidanza e maternità, incapacità lavorativa o in caso di sospensione del diritto.

Se l'assicurazione inizia o si estingue durante un mese civile occorre comunque versare l'intero premio mensile.

8.3.2 Mora

Se la persona assicurata non adempie il proprio obbligo di pagamento dei premi o di partecipare alle spese nemmeno entro un termine di proroga di 30 giorni, le viene inviato un sollecito scritto che la esorta a pagare i premi o le partecipazioni scoperti entro 14 giorni. Il sollecito richiama l'attenzione del-

la persona assicurata sulle conseguenze dell'inosseranza dell'obbligo di pagamento.

Le spese di diffida e amministrative causate dal ritardo nel pagamento sono a carico della persona assicurata.

Se nonostante la diffida, il pagamento non viene effettuato, l'obbligo di prestazione per trattamenti o perdite di guadagno viene sospeso a partire dal termine di diffida fino al completo pagamento degli importi scoperti, degli interessi e delle spese amministrative.

Anche in caso di pagamento a posteriori degli importi scoperti, non sussiste alcuna copertura assicurativa per le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze subentrati nel corso della sospensione dell'obbligo di prestazione.

Scaduto il termine di diffida, l'assicuratore può recedere dal contratto. Se i premi scoperti non vengono riscossi legalmente entro due mesi dalla scadenza del termine di diffida, il contratto si estingue.

8.4 Partecipazione alle eccedenze

8.4.1 Principio

A condizione che la persona assicurata maggiormente presente un andamento del rischio favorevole, può partecipare a eventuali eccedenze, ovvero al guadagno netto dell'assicuratore.

8.4.2 Condizioni

Per partecipare a eventuali eccedenze, la persona assicurata non deve aver richiesto prestazioni dall'assicuratore per almeno un anno civile. Tra queste sono comprese tutte le categorie assicurative, inclusa l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie oppure un'assicurazione di indennità giornaliera in base alla LAMal.

8.4.3 Liquidazione

L'eventuale partecipazione alle eccedenze viene versata sotto forma di un'unica liquidazione al più presto un anno dopo l'anno civile in cui non sono state richieste delle prestazioni. Viene versata solo a persone assicurate presso l'assicuratore al momento della liquidazione.

8.5 Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)

8.5.1 Principio

Nella variante con ribasso per assenza di prestazioni è concesso un ribasso sui premi in caso di assenza di prestazioni.

8.6 Altre condizioni di pagamento

8.6.1 Compensazione

L'assicuratore può compensare le prestazioni esigibili con pretese nei confronti della persona assicurata. La persona assicurata non ha nessun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.

8.6.2 Costituzione in pegno e cessione

I diritti nei confronti dell'assicuratore non possono essere né costituiti in pegno né ceduti senza il suo consenso.

8.6.3 Pagamento delle prestazioni

Nel caso in cui tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni non sia stato concordato altrimenti, la persona assicurata è debitrice dell'onorario nei confronti dei fornitori di prestazioni. L'assicuratore eroga alla persona assicurata le prestazioni sul suo conto bancario o postale. Pertanto è necessario comunicare per tempo le coordinate bancarie all'assicuratore. Se i pagamenti dovessero essere effettuati con altri mezzi di pagamento, l'assicuratore può pretendere un risarcimento per i costi supplementari sostenuti.

Se tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni esistono dei contratti e tariffe differenti, il pagamento viene eseguito dall'assicuratore direttamente al fornitore di prestazioni. In caso di pagamento diretto al fornitore di prestazioni da parte dell'assicuratore, la persona assicurata è tenuta a rimborsare all'assicuratore la partecipazione ai costi convenuta entro 30 giorni dalla fatturazione.

Accordi sull'onorario tra i fatturanti e le persone assicurate non sono vincolanti per l'assicuratore. Un diritto alle prestazioni esiste solo nel quadro della tariffa riconosciuta dall'assicuratore per il relativo fornitore di prestazioni. L'assicuratore può richiedere il rimborso di prestazioni fornite ingiustamente.

8.6.4 Prescrizione

Il diritto alle prestazioni della persona assicurata nei confronti dell'assicuratore entra in prescrizione entro cinque anni dal subentrare della fattispecie che giustifica l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

Per i contratti che sono stati stipulati dopo il 1° gennaio 2022, i debiti della persona assicurata sono soggetti a un termine di prescrizione di cinque anni. Per i contratti che sono stati stipulati prima del 1° gennaio 2022, i debiti della persona assicurata sono soggetti a un termine di prescrizione di due anni.

9 Prestazioni di terzi

9.1 Sussidiarietà

9.1.1 In generale

Se per un caso di malattia o infortunio notificato è responsabile un terzo a norma di legge o per colpa, l'assicuratore non è tenuto a corrispondere prestazioni o al massimo per la parte dei costi non coperta.

Nella misura dei diritti alle prestazioni nei confronti di terzi non sussiste alcun obbligo di prestazione in base a queste CGA.

9.1.2 Prestazioni della mano pubblica

Non esiste nessun diritto secondo queste CGA neanche nella misura dei diritti alle prestazioni o di riduzione nei confronti di cantoni e comuni.

9.1.3 Assicurazione cumulativa

In caso di assicurazione multipla, ogni assicuratore risponde per il danno nella proporzione in cui la somma assicurata sta all'importo totale delle somme assicurate. Questo vale anche se l'obbligo di prestazione degli altri assicuratori è solo sussidiario.

9.1.4 Rinuncia alle prestazioni

Se le persone assicurate rinunciano interamente o parzialmente alle prestazioni nei confronti di terzi senza l'approvazione dell'assicuratore, l'obbligo di prestazione secondo le presenti CGA decade. È considerata rinuncia anche la capitalizzazione di un diritto alle prestazioni.

9.2 Assicurazioni sociali

Non viene assunta alcuna prestazione a carico delle assicurazioni sociali (LAMal, LAINF, LAI, LAM, AVS, LADI, ecc.). Il diritto alle prestazioni deve essere rivendicato presso la rispettiva assicurazione sociale.

9.3 Prestazioni anticipate e regresso

Nei confronti di altri terzi che non siano le assicurazioni sociali, è possibile assumere prestazioni anticipate, a condizione che la persona assicurata si sia impegnata entro limiti ragionevoli a far valere i propri diritti e che ceda all'assicuratore i suoi

diritti nei confronti di terzi nella misura delle prestazioni fornite.

9.4 Sovrassicurazione

Le persone assicurate non possono trarre profitto dalle prestazioni secondo queste CGA, tenendo conto delle prestazioni di terzi. In caso di sovrassicurazione le prestazioni vengono ridotte di conseguenza.

10 Carta cliente

Le persone assicurate presso l'assicuratore ricevono dall'assicuratore una carta cliente personale, che serve a titolo di riconoscimento nei confronti dei fornitori di prestazioni.

Inoltre si applicano le Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie e le rispettive condizioni speciali.

11 Protezione dei dati

I dati delle persone assicurate vengono elaborati ai sensi delle disposizioni vigenti sulla protezione dei dati, in particolare delle disposizioni vigenti della Legge federale sulla protezione dei dati. Sympany Versicherungen AG considera la categoria dei dati particolarmente sensibili, come ad es. i dati sanitari, conformemente alla suddetta legge federale.

Qualora il trattamento dei dati venisse trasmesso a terzi, l'assicuratore si preoccupa affinché i dati vengano elaborati nello stesso modo in cui lui stesso lo avrebbe fatto.

L'assicuratore raccoglie e tratta solo i dati (per es. dati personali, informazioni sullo stato di salute, riesame delle indicazioni fornite nella proposta, incasso, liquidazione dei sinistri) che sono necessari per il disbrigo del contratto d'assicurazione ai sensi della LCA. L'assicuratore tratta le informazioni ricevute con la massima discrezione.

L'assicuratore fornisce a terzi i dati solo se la trasmissione è direttamente correlata all'esecuzione del contratto. Questo vale in particolare in caso di cessione dei dati a un assicuratore, se in una determinata categoria assicurativa è prevista la collaborazione con un altro assicuratore al di fuori di Sympany Versicherungen AG. In altri casi l'assicuratore fornisce informazioni solo previo consenso delle persone assicurate.

L'assicuratore custodisce i dati scrupolosamente e li protegge dall'accesso da parte di persone non autorizzate adottando misure tecniche e organizzative.

Informazioni dettagliate sulla protezione dei dati sono reperibili in internet all'indirizzo www.sympany.ch/protezione-dati

Se in una determinata categoria assicurativa Sympany Versicherungen AG collabora con un altro assicuratore, ulteriori dettagli sono disponibili nelle disposizioni sulla protezione dei dati dell'assicuratore.

12 Comunicazioni

I cambiamenti delle condizioni personali delle persone assicurate determinanti per l'assicurazione, come ad esempio il cambiamento di domicilio, devono essere comunicati per iscritto all'assicuratore entro 30 giorni. Se la persona assicurata non adempie l'obbligo d'informazione concernente i cambiamenti delle condizioni personali determinanti per il calcolo del premio, deve versare retroattivamente un'eventuale differenza di premio.

In caso di domicilio all'estero deve essere indicato un indirizzodi contatto in Svizzera.

Tutte le comunicazioni scritte devono essere inviate per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova testuale. Se la comunicazione si effettua in un'altra forma che consente la prova testuale, la persona assicurata deve essere identificabile per l'assicuratore.

La persona assicurata deve indirizzare tutte le comunicazioni all'assicuratore. I canali di comunicazione disponibili, attraverso i quali la persona assicurata può contattare l'assicuratore, sono indicati dall'assicuratore – nella misura in cui ciò è ammesso dalla legge e dalla giurisprudenza – e possono essere consultati su www.sympany.ch/comunicati

Le comunicazioni dell'assicuratore avvengono per iscritto ovvero tramite la rivista destinata alla persona assicurata oppure al contraente all'ultimo indirizzo indicato oppure all'indirizzo di contatto in Svizzera.

13 Foro competente

Per qualsiasi controversia derivante dalle assicurazioni secondo le presenti CGA ed eventuali disposizioni particolari, la persona ricorrente può adire il tribunale al domicilio in Svizzera, alla sede dell'assicuratore.

14 Interpretazione

La versione originale delle presenti CGA e delle CS è la versione in lingua tedesca. Le versioni francese, italiana e inglese sono traduzioni. In caso di divergenze d'interpretazione fa stato il testo tedesco.