



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

Edizione 2018

complemento generale • capita malattia • capita infortunio • dental • hospita •  
mondial • plus • premium • complemento privato • protect • salto • tourist

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

Edizione 2018

## Indice

Disposizioni comuni		
<b>1</b>	<b>Basi dell'assicurazione</b>	pagina 3
1.1	Scopo	
1.2	Assicuratore	
1.3	Oggetto dell'assicurazione	
1.4	Condizioni generali d'assicurazione (CGA)	
1.5	Condizioni per l'assicurazione collettiva	
1.6	Legge sul contratto d'assicurazione	
<b>2</b>	<b>Categorie assicurative</b>	pagina 3
2.1	Possibilità assicurative	
2.2	Modifiche delle categorie assicurative	
2.3	Categorie assicurative scelte	
<b>3</b>	<b>Persone assicurate</b>	pagina 3
3.1	Assicurazione individuale	
3.2	Assicurazione collettiva	
<b>4</b>	<b>Inizio e durata dell'assicurazione</b>	pagina 3
4.1	Procedura alla stipulazione dell'assicurazione	
4.1.1	Proposta	
4.1.2	Obbligo d'informazione	
4.1.3	Rifiuto o esclusione delle prestazioni	
4.1.4	Documenti	
4.1.5	Diritto di revoca	
4.2	Inizio dell'assicurazione	
4.3	Durata dell'assicurazione	
4.3.1	Periodo di assicurazione	
4.3.2	Durata assicurativa superiore	
4.3.3	Momento della stipulazione dell'assicurazione	
4.3.4	Proroga dell'assicurazione	
4.4	Modifica dell'assicurazione	
4.4.1	Modifica da parte del contraente	
4.4.2	Modifica da parte dell'assicuratore	
4.5	Sospensione dell'assicurazione	
4.5.1	Condizioni	
4.5.2	Durata ed entità della sospensione	
<b>5</b>	<b>Fine dell'assicurazione</b>	pagina 4
5.1	Disdetta da parte del contraente	
5.1.1	Disdetta ordinaria	
5.1.2	Disdetta in caso di sinistro	
5.1.3	Diritto di passaggio in caso di disdetta del contratto collettivo	
5.2	Rinuncia alla disdetta da parte dell'assicuratore	
5.3	Altri motivi di estinzione	
<b>6</b>	<b>Prestazioni</b>	pagina 5
6.1	Definizioni dei termini	
6.1.1	Malattia	
6.1.2	Infortunio	
6.1.3	Maternità	
6.2	Validità delle prestazioni	
6.2.1	Validità delle prestazioni territoriale	
6.2.2	Validità delle prestazioni temporale	

<b>Disposizioni comuni</b>		
<b>6</b>	<b>Prestazioni</b>	pagina 5
6.3	Prestazioni assicurate	
6.3.1	Entità delle prestazioni	
6.3.2	Economicità della cura	
6.3.3	Cure da parte di personale medico riconosciuto	
6.4	Restrizioni delle prestazioni	
6.4.1	Malattie e infortuni preesistenti	
6.4.2	Esclusione delle prestazioni	
6.4.3	Restrizioni delle prestazioni	
<b>7</b>	<b>Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio</b>	pagina 6
7.1	Obbligo di notifica	
7.2	Riduzione del danno	
7.3	Obbligo d'informazione	
<b>8</b>	<b>Premi e pagamenti</b>	pagina 7
8.1	Determinazione dei premi	
8.1.1	In generale	
8.1.2	Ammontare dei premi	
8.1.3	Ribasso famiglia	
8.2	Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione ai costi	
8.3	Pagamento dei premi	
8.3.1	Scadenza	
8.3.2	Mora	
8.4	Partecipazione alle eccedenze	
8.4.1	Principio	
8.4.2	Condizioni	
8.4.3	Liquidazione	
8.5	Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)	
8.5.1	Principio	
8.6	Altre condizioni di pagamento	
8.6.1	Compensazione	
8.6.2	Costituzione in pegno e cessione	
8.6.3	Pagamento delle prestazioni	
8.6.4	Prescrizione	
<b>9</b>	<b>Prestazioni di terzi</b>	pagina 8
9.1	Sussidiarietà	
9.1.1	In generale	
9.1.2	Prestazioni della mano pubblica	
9.1.3	Assicurazione cumulativa	
9.1.4	Rinuncia alle prestazioni	
9.2	Assicurazioni sociali	
9.3	Prestazioni anticipate e regresso	
9.4	Sovrassicurazione	
<b>10</b>	<b>Carta cliente</b>	pagina 8
<b>11</b>	<b>Protezione dei dati</b>	pagina 8
<b>12</b>	<b>Comunicazioni</b>	pagina 8
<b>13</b>	<b>Foro competente</b>	pagina 9
<b>14</b>	<b>Entrata in vigore</b>	pagina 9

# 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

Nelle singole categorie assicurative sono considerati assicuratori le società d'assicurazione elencate (di seguito definite assicuratore).

La cassa malati intermediaria è quella figurante sulla polizza d'assicurazione (in seguito definita cassa). Essa è autorizzata a svolgere tutte le operazioni a nome e per conto dell'assicuratore.

### 1.3 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.

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

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

### 1.5 Condizioni per l'assicurazione collettiva

Le CGA sono anche applicabili alle assicurazioni collettive nell'ambito delle spese di cura. In ogni singolo contratto collettivo possono essere accordate condizioni divergenti in particolare concernenti l'ammissione, l'entità delle prestazioni, la determinazione dei premi, la durata assicurativa, la disdetta nonché la suddivisione dei diritti e degli obblighi tra il contraente e la persona assicurata. Le disposizioni nel contratto collettivo precedono le condizioni generali d'assicurazione.

Il contraente ha il diritto di prendere visione delle condizioni relative al rapporto assicurativo del contratto collettivo.

### 1.6 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.

## 2 Categorie assicurative

### 2.1 Possibilità assicurative

Le categorie assicurative secondo le presenti CGA sono

- plus,
- premium,
- complemento generale,
- complemento privato,

- hospita generale, semiprivata, privata, infortunio privato, globale, flex, comfort,
- salto,
- mondial,
- dental,
- tourist,
- protect,
- capita infortunio,
- capita malattia.

Vengono gestiti singoli reparti d'assicurazione con le varianti casamed e/o 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 formulario prestampato della cassa. 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, la cassa 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, riconducibili a indicazioni non corrette o non complete. Nella misura in cui l'obbligo di prestazione è stato già adempiuto, la cassa ha diritto al rimborso.

Con la proposta d'assicurazione il proponente autorizza la cassa 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.

La cassa può richiedere un certificato medico o una visita da parte del medico di fiducia. Le spese sono a carico della cassa. Il contraente deve indicare tutte le informazioni necessarie sulla persona assicurata.

### 4.1.3 Rifiuto o esclusione delle prestazioni

La cassa può rifiutare proposte o escludere singole prestazioni dalla copertura assicurativa.

### 4.1.4 Documenti

Al momento della stipulazione dell'assicurazione, il contraente riceve:

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

### 4.1.5 Diritto di revoca

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. Rimane vincolato per quattro settimane se l'assicurazione richiede una visita medica.

Se il contenuto della polizza d'assicurazione o delle aggiunte alla stessa non dovesse coincidere con gli accordi convenuti, il contraente è tenuto a richiederne la rettifica entro quattro settimane dal ricevimento del documento, in caso contrario il contenuto viene considerato come approvato dal contraente.

## 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 almeno 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 assicurativo si rinnova tacitamente per un ulteriore anno, se non viene disdetto dal contraente entro il 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 del contraente

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 verranno comunicate al contraente 30 giorni prima dell'entrata in vigore. Il contraente ha diritto di recedere dalle rispettive categorie assicurative entro 30 giorni dalla comunicazione della data della modifica contrattuale. Se il contraente 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 la cassa non può approvare una proroga, si estingue il contratto.

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 del contraente

#### 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, il contraente ha la possibilità di recedere per iscritto dalla rispettiva parte del contratto entro 14 giorni dal momento del pagamento oppure dal momento in cui è venuto a conoscenza dell'assunzione delle prestazioni da parte dell'assicuratore. Il premio è dovuto fino alla fine 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 il contraente ha stipulato per questa cerchia di persone un nuovo contratto collettivo presso un altro assicuratore.

## **5.2 Rinuncia alla disdetta da parte dell'assicuratore**

L'assicuratore rinuncia espressamente al proprio diritto legale di disdire il contratto alla scadenza o di recedere dal contratto in caso di sinistro. È fatta eccezione per il diritto di disdetta di contratti collettivi. Resta inoltre riservata 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 Sympany riceve la corrispondente comunicazione.

## **6 Prestazioni**

### **6.1 Definizioni dei termini**

#### **6.1.1 Malattia**

Si considera malattia qualsiasi alterazione dello stato di salute, fisico o psichico, 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 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 la cassa 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.

### **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.

Allo scopo di un'assistenza ottimale dei propri assicurati, la cassa può convenire con i fornitori di prestazioni ammessi delle misure di accompagnamento allo scopo di garantire agli assicurati la cura più efficace, opportuna ed economica grazie a una migliore collaborazione e coordinazione tra fornitori di prestazioni e la cassa. La cassa può incaricare un consulente sanitario di realizzare queste misure.

In caso di chiara fatturazione eccessiva, l'assicuratore può ridurre proporzionalmente le 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

La cassa 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 che esistevano già al momento della stipulazione dell'assicurazione e che la cassa 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 cure da un fornitore di prestazioni non riconosciuto dalla cassa,
- 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 volontaria degli obblighi da parte del contraente oppure della persona assicurata,
- 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 provvedimenti 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. La cassa dispone di 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.

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

### 7.1 Obbligo di notifica

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

La notifica deve avvenire in modo veritiero. Se vengono fatte valere delle prestazioni, alla cassa 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 della cassa, l'assicurato sosterrà l'operato del consulente sanitario, fornendogli tutte le indispensabili informazioni di cui questi 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 della cassa. In caso di necessità la cassa può richiedere informazioni.

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

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

Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili, i contraenti sono tenuti a imporre l'osservanza dell'obbligo d'informazione.

## 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, 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.

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 Sympany 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.

L'adeguamento del premio viene annunciato al contraente 30 giorni prima dell'attuazione. Sussiste il diritto di recedere dalla relativa categoria assicurativa entro 30 giorni dalla comunicazione della cassa in merito alla data dell'entrata in vigore dell'adeguamento del premio. Eventuali adeguamenti del premio dovuti al passaggio automatico in una classe di età superiore autorizzano 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 il contraente non adempie il proprio obbligo di pagamento dei premi o di partecipare alle spese neanche entro un termine di proroga di 30 giorni, gli viene inviato un sollecito scritto che lo esorta a pagare i premi o le partecipazioni scoperti entro 14 giorni. Il sollecito richiama l'attenzione del contraente sulle conseguenze dell'inosservanza 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 maggiorenne presenti 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 o dalla cassa 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 Sympany 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 o del contraente. La persona assicurata oppure il contraente non hanno nessun diritto di compensazione nei confronti della cassa.

### 8.6.2 Costituzione in pegno e cessione

I diritti nei confronti della cassa 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 debi-



ce dell'onorario nei confronti dei fornitori di prestazioni. La cassa eroga alla persona assicurata le prestazioni sul suo conto bancario o postale. Pertanto è necessario comunicare per tempo le coordinate bancarie alla cassa. Se i pagamenti dovessero essere effettuati con altri mezzi di pagamento, la cassa può pretendere un risarcimento per i sovracosti sostenuti.

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

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. La cassa 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 due anni dal subentrare della fattispecie che giustifica l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

## 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 presenza di diverse assicurazioni private, conformemente alle presenti Condizioni generali d'assicurazione, le prestazioni vengono concesse in via sussidiaria rispetto alle prestazioni dell'altro assicuratore. Se le condizioni d'assicurazione dell'altro assicuratore prevedono anch'esse una clausola sussidiaria, trovano applicazione le regolamentazioni sulla doppia assicurazione ai sensi della Legge sul contratto d'assicurazione.

#### 9.1.4 Rinuncia alle prestazioni

Se senza l'approvazione dell'assicuratore, le persone assicurate rinunciano interamente o parzialmente alle prestazioni nei confronti di terzi, 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 (LAMaI, 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 alla cassa i suoi diritti nei confronti di terzi nella misura delle prestazioni fornite.

### 9.4 Sovrassicurazione

Gli assicurati 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 Sympany ricevono dalla cassa 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

Il trattamento dei dati di persone assicurate è basato sulle disposizioni della Legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati.

Qualora il trattamento dei dati venisse trasmesso a terzi, la cassa si preoccupa affinché i dati vengano elaborati nello stesso modo in cui lei stessa lo avrebbe fatto.

La cassa 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. La cassa tratta le informazioni ricevute con la massima discrezione.

La cassa fornisce a terzi i dati solo se la trasmissione è direttamente correlata all'esecuzione del contratto. In altri casi la cassa fornisce informazioni solo previo consenso delle persone assicurate.

La cassa custodisce i dati scrupolosamente e li protegge da persone non autorizzate adottando misure tecniche e organizzative.

## 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 alla cassa 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 indirizzo di contatto in Svizzera.

Tutte le comunicazioni del contraente o della persona assicurata devono essere indirizzate alla succursale competente della cassa.

Le comunicazioni della cassa o dell'assicuratore sono giuridicamente valide se avvengono per iscritto, ovvero tramite la rivista destinata agli assicurati, 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 o della cassa.

### **14 Entrata in vigore**

Le presenti condizioni generali d'assicurazione per le assicurazioni complementari e altre assicurazioni secondo la LCA (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2010 e sostituiscono tutte le disposizioni assicurative precedenti.



