



Disposizioni assicurative

Edizione 2017

Indice

Regolamento delle assicurazioni secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

1	base	pagina 2
---	------	----------

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

2	Disposizioni comuni	pagina 13
3	complemento generale e complemento privato	pagina 21
4	plus e premium	pagina 26
5	hospita	pagina 31
6	salto	pagina 39
7	mondial	pagina 46
8	dental	pagina 48
9	tourist	pagina 51
10	protect	pagina 55
11	capita infortunio (capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio)	pagina 58

Indice

1	Disposizioni generali		
1.1	Principio		
1.2	Normative federali		
2	Condizioni quadro generali		
2.1	Condizioni d'ammissione	3.2.3	Entità delle prestazioni
2.1.1	In generale	3.2.4	Scelta della persona curante
2.1.2	Frontalieri	3.2.5	Medicamenti
2.1.3	Ulteriori persone residenti nell'UE, in Islanda o Norvegia	3.2.6	Analisi
2.1.4	Condizioni d'ammissione speciali	3.2.7	Mezzi ausiliari
2.2	Procedimento per l'ammissione	3.2.8	Medicina complementare
2.2.1	Domanda d'ammissione	3.2.9	Prevenzione medica
2.2.2	Polizza d'assicurazione		
2.3	Inizio dell'assicurazione	3.3	Cura ospedaliera
2.3.1	In generale	3.3.1	Necessità di ricovero in ospedale
2.3.2	Nascita o trasferimento in Svizzera	3.3.2	Durata delle prestazioni
2.3.3	Frontalieri	3.3.3	Entità delle prestazioni
2.3.4	Ulteriori persone residenti nell'UE	3.3.4	Scelta dell'ospedale in generale
2.3.5	Adesione tardiva	3.3.5	Cura a scelta extracantonale
2.4	Trasferimento di domicilio	3.3.6	Cura extracantonale per motivi medici
2.4.1	In generale	3.3.7	Protezione tariffaria
2.4.2	All'estero	3.3.8	Cure in reparti privati
2.5	Sospensione della copertura dell'infortunio	3.3.9	Fatturazione, rimborso
2.5.1	Premessa		
2.5.2	Obblighi di partecipazione della persona assicurata	3.4	Misure di riabilitazione medica
2.6	Estinzione dell'assicurazione	3.5	Trattamento in case di cura
2.6.1	In generale	3.6	Spitex
2.6.2	Disdetta	3.7	Cure termali
2.6.3	Conseguenze dell'estinzione dell'assicurazione	3.7.1	Entità delle prestazioni
		3.7.2	Scelta dello stabilimento termale
		3.7.3	Procedura in caso di cure termali
3	Prestazioni	3.8	Spese di trasporto e di salvataggio
3.1	Disposizioni generali sulle prestazioni	3.9	Cure dentarie
3.1.1	Diritto alle prestazioni	3.9.1	Cure dentarie in caso di malattia grave
3.1.2	Prestazioni in caso di malattia	3.9.2	Trauma dentale
3.1.3	Prestazioni in caso d'infortunio e di infermità congenite	3.9.3	Entità delle prestazioni
3.1.4	Prestazioni in caso di maternità	3.9.4	Procedura in caso di cure dentarie
3.1.5	Prestazioni all'estero	3.10	Maternità
3.1.6	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	3.10.1	Entità delle prestazioni
3.1.7	Fatturazione, rimborso	3.10.2	Spese di cura del bambino
3.1.8	Obblighi di partecipazione della persona assicurata	3.10.3	Preparazione al parto e consulenza per l'allattamento
3.2	Cura ambulatoriale	3.11	Restrizioni delle prestazioni
3.2.1	Durata delle prestazioni	3.11.1	Riduzione e sospensione delle prestazioni
3.2.2	Persone o istituti in qualità di fornitori di prestazioni	3.11.2	Fatturazione eccessiva e cure non economiche
		3.11.3	Obbligo di rimborso
		3.12	Rapporto con prestazioni di terzi, sovrindennizzo
		3.12.1	In generale
		3.12.2	Assicurazioni sociali
		3.12.3	Sovrindennizzo

4 Variante casamed

- 4.1 In generale**
- 4.2 Scelta/disdetta casamed**
- 4.3 Condizioni generali per l'erogazione delle prestazioni**
- 4.4 Eccezioni**
 - 4.4.1 Oculisti, ginecologi, dentisti, pediatri
 - 4.4.2 Urgenze
- 4.5 Ulteriori fornitori di prestazioni**
- 4.6 Attuazione dell'assicurazione**
 - 4.6.1 Indicazione del medico o dell'istituzione telemedica competente
 - 4.6.2 Cambiamento del medico

5 Partecipazione ai costi

- 5.1 Partecipazione ai costi ordinaria**
 - 5.1.1 In generale
 - 5.1.2 Franchigia annua
 - 5.1.3 Aliquota percentuale
 - 5.1.4 Aliquota percentuale per medicinali
 - 5.1.5 Partecipazione ai costi in caso di maternità
 - 5.1.6 Massima partecipazione ai costi per le famiglie
- 5.2 Contributo alle spese di degenza ospedaliera**
- 5.3 Franchigia opzionale**
 - 5.3.1 In generale
 - 5.3.2 Scelta/disdetta della franchigia annua opzionale
 - 5.3.3 Ammontare della franchigia annua opzionale
 - 5.3.4 Aliquota percentuale
 - 5.3.5 Massima partecipazione ai costi in presenza di più figli

6 Premi

- 6.1 Determinazione**
 - 6.1.1 In generale
 - 6.1.2 Riduzione del premio
 - 6.1.3 Contributi ai premi
- 6.2 Esonero dal pagamento dei premi durante il servizio militare o civile**
- 6.3 Supplemento del premio**
- 6.4 Contributi supplementari**
- 6.5 Pagamento**
 - 6.5.1 Scadenza/periodo di pagamento
 - 6.5.2 Mora

- 6.5.3 Costituzione in pegno/cessione

7 Assicurazione collettiva

- 7.1 In generale**
- 7.2 Regolamentazioni divergenti**
- 7.3 Passaggio all'assicurazione individuale**

8 Amministrazione giudiziaria

- 8.1 Disposizione**
- 8.2 Ricorso**
- 8.3 Tribunale cantonale delle assicurazioni**
- 8.4 Effetto giuridico**
- 8.5 Protezione giuridica**

9 Disposizioni finali

- 9.1 Modifiche**
- 9.2 Entrata in vigore**

1 Disposizioni generali

1.1 Principio

L'assicurazione base è l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel quadro della LAMal.

Essa fornisce le sue prestazioni in caso di malattia, infortunio e maternità.

1.2 Normative federali

In aggiunta alle disposizioni del presente regolamento trovano applicazione le normative della Legge federale del 6.10.2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), della Legge federale del 18.3.1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), nonché delle rispettive disposizioni d'esecuzione.

2 Condizioni quadro generali

2.1 Condizioni d'ammissione

2.1.1 In generale

Stipulando l'assicurazione base ogni persona domiciliata in Svizzera può aderire alla cassa.

2.1.2 Frontalieri

La cassa assicura anche i frontalieri come pure i loro familiari.

2.1.3 Ulteriori persone residenti nell'UE, in Islanda o Norvegia

La cassa assicura persone residenti nell'UE, in Islanda o Norvegia, che sottostanno all'obbligo assicurativo in Svizzera.

La base è costituita dall'accordo sulla libera circolazione delle persone stipulato tra l'UE e la Svizzera e dall'accordo AELS (Islanda, Norvegia). Citando qui di seguito l'accordo sulla libera circolazione delle persone, si sottintende per analogia anche l'accordo AELS.

2.1.4 Condizioni d'ammissione speciali

La cassa può emanare, segnatamente per azioni e fusioni, condizioni e formalità di ammissione divergenti.

2.2 Procedimento per l'ammissione

2.2.1 Domanda d'ammissione

La domanda d'ammissione avviene per iscritto con il formulario prestampato. Alle domande poste sul formulario bisogna rispondere completamente e in modo veritiero.

Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili, la domanda d'ammissione deve essere compilata dal loro rappresentante legale.

2.2.2 Polizza d'assicurazione

I nuovi assicurati ricevono dopo l'ammissione una polizza d'assicurazione e le disposizioni assicurative.

2.3 Inizio dell'assicurazione

2.3.1 In generale

L'assicurazione ha inizio il giorno dell'ammissione confermato dalla cassa.

2.3.2 Nascita o trasferimento in Svizzera

In caso di adesione entro tre mesi dalla nascita o presa di domicilio in Svizzera, l'assicurazione inizia al momento della nascita o della presa di domicilio.

2.3.3 Frontalieri

I frontalieri ed i loro familiari non esonerati dall'obbligo assicurativo in conformità alla LAMal, sono tenuti ad assicurarsi entro tre mesi dalla data d'inizio del permesso per frontalieri. In caso di tempestiva adesione, l'assicurazione inizia al momento in cui il permesso diventa valido. Se ci si assicura più tardi, l'assicurazione ha inizio il giorno dell'adesione.

2.3.4 Ulteriori persone residenti nell'UE

I beneficiari di rendite nonché le persone beneficiarie di prestazioni dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione, residenti in uno stato membro dell'UE e assoggettate all'obbligo assicurativo in Svizzera in virtù dell'accordo tra la CE e la Svizzera sulla libera circolazione delle persone, sono tenuti ad assicurarsi entro tre mesi dall'inizio dell'obbligo assicurativo. In caso di tempestiva adesione l'assicurazione ha inizio al momento dell'inizio dell'obbligo assicurativo. Se ci si assicura più tardi, l'assicurazione ha inizio il giorno dell'adesione.

2.3.5 Adesione tardiva

In caso di adesione tardiva l'assicurazione inizia al momento dell'adesione. In caso di un ritardo non giustificabile l'assicurato deve versare un supplemento di premio secondo le disposizioni legali.

2.4 Trasferimento di domicilio

2.4.1 In generale

Cambiamenti d'indirizzo e trasferimenti di domicilio vanno notificati alla cassa entro 30 giorni. È considerato cambiamento di domicilio il trasferimento del domicilio civile.

2.4.2 All'estero

Lavoratori dipendenti, inviati all'estero dalla propria azienda con sede in Svizzera rimangono assicurati per altri due anni e su richiesta fino ad un massimo di complessivamente sei anni. Sottostanno a un obbligo assicurativo illimitato le persone che in virtù dell'accordo sulla libera circolazione delle persone risiedono in uno stato membro dell'UE e rimangono assoggettate all'obbligo assicurativo in Svizzera nonché le persone dell'amministrazione pubblica attive all'estero. I familiari possono assicurarsi nella stessa misura.

In caso di partenza all'estero, deve essere comunicato un indirizzo di contatto in Svizzera.

Per trattamenti in uno stato membro dell'UE, la cassa si assume i costi secondo le tariffe in materia di assicurazioni sociali vigenti nel rispettivo stato. Negli altri stati esteri, la cassa corrisponde al massimo un importo pari a due volte l'ammontare delle tariffe e dei prezzi validi all'ultimo domicilio in Svizzera.

Le prestazioni vengono erogate solo se vengono inoltrate le fatture originali dettagliate comprendenti le seguenti indicazioni:

- data della cura,
- diagnosi,
- tipo di terapia e cura,
- numero di consultazioni/durata della degenza ospedaliera,
- ricette originali quietanzate,
- diarie e spese accessorie (ospedale).

Le persone che trasferiscono il loro domicilio all'estero e non sottostanno più all'obbligo assicurativo della LAMal, possono assicurarsi secondo le condizioni dell'assicurazione mondial in conformità alla LCA.

2.5 Sospensione della copertura dell'infortunio

2.5.1 Premessa

Le persone assicurate obbligatoriamente contro gli infortuni professionali e non professionali possono richiedere, contro una riduzione del premio, la sospensione della copertura dell'infortunio.

Il premio viene ridotto all'inizio del mese successivo alla richiesta.

2.5.2 Obblighi di partecipazione della persona assicurata

Se l'assicurato esce dall'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF, esso lo deve comunicare alla cassa entro un mese.

In caso di omissione dell'obbligo di informare, la cassa può richiedere alla persona assicurata il pagamento della parte del premio per la copertura dell'infortunio inclusi gli interessi di mora a partire dalla cessazione della copertura dell'infortunio al momento in cui la cassa ne viene a conoscenza.

2.6 Estinzione dell'assicurazione

2.6.1 In generale

L'assicurazione si estingue:

- mediante disdetta,
- partendo all'estero, eccetto in caso di continuazione dell'obbligo assicurativo,
- in caso di decesso,
- in caso di radiazione ufficiale.

Restano riservati i motivi legali di esclusione in caso di violazione degli obblighi di partecipazione.

2.6.2 Disdetta

Rispettando un preavviso di tre mesi, l'assicurato può disdire l'assicurazione per la fine di un semestre civile.

In occasione della comunicazione di nuovi premi, la persona assicurata può inoltrare disdetta, rispettando un preavviso di un mese, per la fine del mese che precede l'entrata in vigore dei nuovi premi.

Nei confronti della cassa il rapporto assicurativo termina solo al momento in cui il nuovo assicuratore ha comunicato che la persona in questione continua ad essere assicurata presso di lui senza interruzioni.

2.6.3 Conseguenze dell'estinzione dell'assicurazione

Dopo l'estinzione dell'assicurazione non sussiste, a parte il versamento delle prestazioni assicurative ancora in sospeso, alcun diritto nei confronti della cassa.

L'assicurato dovrà tuttavia adempiere eventuali impegni finanziari nei confronti della cassa.

3 Prestazioni

3.1 Disposizioni generali sulle prestazioni

3.1.1 Diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni sussiste per il periodo dell'affiliazione.

3.1.2 Prestazioni in caso di malattia

L'assicurazione base copre i costi diagnostici e terapeutici di malattie e delle loro conseguenze.

Le prestazioni comprendono:

- controlli medici e chiropratici, cure e provvedimenti terapeutici, nonché prestazioni di terzi prescritte da un medico,

- medicamenti, analisi e mezzi ausiliari prescritti da un medico,
- misure preventive mediche o prescritte dal medico,
- degenze ospedaliere nel reparto comune,
- misure di riabilitazione medica,
- misure sanitarie in casa di cura,
- prestazioni sanitarie extraospedaliere (spitex),
- contributi alle cure termali prescritte da un medico,
- contributi alle spese di salvataggio ed ai costi di trasporto indispensabili per ragioni mediche,
- contributi a cure dentarie.

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/analisi o un trattamento medico oppure determini un'incapacità lavorativa.

L'entità delle prestazioni si basa sulle disposizioni della LPGA e della LAMal, nonché sulle rispettive disposizioni d'esecuzione.

3.1.3 Prestazioni in caso d'infortunio e di infermità congenite

Nella misura in cui le prestazioni non siano a carico dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione per l'invalidità o di altri terzi, in caso d'infortunio o di infermità congenite vengono corrisposte le medesime prestazioni come in caso di malattia.

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.

3.1.4 Prestazioni in caso di maternità

In caso di maternità saranno erogate le medesime prestazioni come in caso di malattia nonché le particolari prestazioni di maternità.

3.1.5 Prestazioni all'estero

Le prestazioni per cure all'estero saranno erogate in conformità alle disposizioni del diritto federale, segnatamente in casi d'emergenza. Le spese di cura devono essere notificate dettagliatamente.

Per trattamenti in uno stato membro dell'UE, la cassa si assume i costi secondo le tariffe in materia di assicurazioni sociali vigenti nel rispettivo stato. Negli altri stati la cassa corrisponde al massimo un importo pari a due volte i costi versati in Svizzera.

Secondo le disposizioni dell'accordo sulla libera circolazione delle persone, i frontalieri nonché le altre persone assoggettate all'obbligo assicurativo in Svizzera in virtù dell'accordo sulla libera circolazione delle persone e residenti in uno stato membro dell'UE possono sottoporsi a cure nel loro stato di residenza.

3.1.6 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

La cassa si assume le spese per le prestazioni che sono efficaci, opportune ed economiche. Sono considerate prestazioni economiche, 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 i fornitori di prestazioni e la cassa. La cassa può incaricare un/a consulente sanitario/a di realizzare queste misure.

La cassa si assume solo le prestazioni che vengono fornite da persone o istituti elencati nella LAMal e che soddisfano le rispettive condizioni di formazione professionale e d'ammmissione.

3.1.7 Fatturazione, rimborso

Se tra la cassa e i fornitori di prestazioni non è stato convenuto altrimenti, l'assicurato è debitore dell'onorario.

In caso di richiesta di prestazioni da parte della persona assicurata alla cassa, essa deve inoltrarle le fatture dettagliate e le ricette con le indicazioni necessarie (numero di assicurazione, ecc.). In caso di diritto alle prestazioni, la cassa versa alla persona assicurata la partecipazione ai costi della cassa.

L'assicurato può sottoporre alla cassa le fatture per una verifica prima del pagamento.

3.1.8 Obblighi di partecipazione della persona assicurata

L'assicurato si adopera per favorire la propria guarigione e deve evitare tutto ciò che la potrebbe ritardare. Egli è in particolare tenuto ad attenersi alle prescrizioni del personale medico. Nell'ambito delle misure d'accompagnamento della cassa, l'assicurato sostiene inoltre l'operato dei consulenti sanitari, fornendo loro tutte le indispensabili informazioni.

Se per la valutazione del caso risultano necessari e ragionevoli esami medici o specialistici, l'assicurato vi si deve sottoporre.

L'assicurato fornisce gratuitamente alla cassa tutte le informazioni necessarie al chiarimento del diritto e alla determinazione delle prestazioni assicurative. In particolare l'assicurato è tenuto ad informare in merito a qualsiasi prestazione di terzi in caso di malattia, infortunio o invalidità.

L'assicurato che richiede l'erogazione di prestazioni assicurative è nel singolo caso tenuto ad autorizzare tutte le persone e i servizi, segnatamente datori di lavoro, medici, assicurazioni e autorità, a fornire quelle informazioni indispensabili a stabilire il diritto alle prestazioni, a condizione che tali persone o servizi interessati non siano già di per sé per legge obbligati a fornire informazioni.

Su richiesta l'assicurato deve sottoporsi alla visita di un secondo medico o del medico di fiducia della cassa. Le rispettive spese sono a carico della cassa.

L'assicurato è tenuto a notificare entro dieci giorni alla cassa ogni infortunio insorto. Egli fornisce alla cassa tutte le informazioni necessarie.

Se, in maniera ingiustificata, l'assicurato che richiede le prestazioni non rispetta il proprio obbligo d'informazione o di partecipazione la cassa ha la facoltà di decidere in base agli atti oppure di non entrare nel merito della richiesta di prestazioni.

3.2 Cura ambulatoriale

3.2.1 Durata delle prestazioni

In caso di cura ambulatoriale le prestazioni vengono erogate secondo la LAMal per un periodo di tempo indeterminato.

3.2.2 Persone o istituti in qualità di fornitori di prestazioni

Fornitori di prestazioni riconosciuti sono in particolare le persone o gli istituti seguenti:

- medici,
- farmacisti,
- chiropratici,
- ostetriche,
- laboratori,
- uffici di distribuzione di mezzi e apparecchi utili per la visita o la cura,
- su prescrizione medica:
 - fisioterapisti,
 - ergoterapisti,
 - infermiere ed infermieri,
 - logopedisti.

3.2.3 Entità delle prestazioni

La cassa si assume le spese per le cure ambulatoriali secondo i contratti e le tariffe vigenti al luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato.

3.2.4 Scelta della persona curante

In conformità alla LAMal, le persone assicurate possono scegliere liberamente tra le persone ammesse alla cura. Restano riservate le disposizioni per assicurati che hanno stipulato la variante assicurativa casamed con diritto di scelta limitato.

In caso di cura da parte di persone o istituti ammessi dalla LAMal, gli assicurati beneficiano di una protezione tariffaria, ovvero le prestazioni vanno calcolate secondo i contratti e le tariffe convenuti con le casse.

In caso di cura da parte di persone o istituti non soggetti alla LAMal, la cassa non eroga alcuna prestazione. Prima della cura questi fornitori di prestazioni devono informare gli assicurati che per la loro cura non esiste alcun diritto alle prestazioni assicurative.

Nel caso in cui le spese per una cura esterna siano più elevate delle spese per una cura al luogo di domicilio o di lavoro, le spese eccedenti sono a carico dell'assicurato.

Se per motivi medici è necessaria una cura esterna, le spese verranno assunte secondo i contratti e le tariffe vigenti al luogo di cura.

In caso di ripetuto cambiamento facoltativo della persona curante per la stessa malattia, le prestazioni possono dipendere dal consenso della cassa.

3.2.5 Medicamenti

La cassa assume le spese per i medicamenti prescritti dal medico che figurano nell'elenco dei medicamenti con tariffa (EMT) e nell'elenco delle specialità (ES) del Dipartimento federale dell'interno (DFI).

3.2.6 Analisi

La cassa versa le spese per le analisi prescritte dal medico le quali hanno uno scopo diagnostico e che servono al controllo terapeutico, nella misura in cui siano contenute nell'elenco delle analisi (EA) del DFI e che vengano eseguite da un farmacista o da un laboratorio riconosciuto dalla LAMal.

3.2.7 Mezzi ausiliari

La cassa si assume i costi dei mezzi e apparecchi necessari all'esame o al trattamento secondo l'elenco del DFI (EMAp), al massimo per gli importi indicati nell'EMAp.

I mezzi e gli apparecchi devono essere forniti da un centro di distribuzione riconosciuto ai sensi della LAMal oppure da personale abilitato al trattamento secondo la LAMal.

Qualora i costi per un mezzo ausiliario risultino superiori agli importi figuranti nell'EMAp, l'assicurato se ne deve assumere la differenza.

Alle spese per lenti oftalmiche o lenti a contatto necessarie per la correzione della vista, la cassa corrisponde un contributo.

Fino a 18 anni

CHF 180.- annui

3.2.8 Medicina complementare

La cassa rimborsa i costi per il trattamento medico nel caso dei metodi della medicina complementare sotto indicati. I medici che la praticano devono aver assolto un perfezionamento riconosciuto dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH) nelle seguenti discipline o nei seguenti metodi:

- agopuntura
- medicina cinese
- omeopatia
- terapia neurale
- fitoterapia
- medicina antroposofica

3.2.9 Prevenzione medica

La cassa si assume le spese per visite o misure di prevenzione prescritte da un medico secondo l'Ordinanza sulle prestazioni, segnatamente per vaccinazioni infantili e visite ginecologiche preventive. Contrariamente alle prestazioni previste per la maternità, tali prestazioni sottostanno alla partecipazione ai costi ordinaria.

3.3 Cura ospedaliera

3.3.1 Necessità di ricovero in ospedale

La cassa garantisce prestazioni per degenza ospedaliera, se, considerando la diagnosi, lo stato di salute dell'assicurato o la totalità della cura medica richiede una cura ospedaliera in un reparto previsto per le malattie acute o le riabilitazioni.

Se il ricovero in ospedale non è più necessario, la cassa fornisce per la degenza ospedaliera le stesse prestazioni come per un ricovero in una casa di cura o per un'assistenza a domicilio da parte di servizi spitex.

3.3.2 Durata delle prestazioni

Il diritto alle prestazioni per cure ospedaliere sussiste finché è necessario il ricovero in ospedale.

3.3.3 Entità delle prestazioni

La cassa si assume le spese di una degenza ospedaliera secondo i contratti e le tariffe vigenti per il reparto comune degli ospedali nel cantone di residenza dell'assicurato.

Viene applicata la tariffa dell'ospedale che a seguito della classificazione secondo le categorie di prestazioni della pianificazione ospedaliera cantonale è responsabile della cura medica della persona assicurata.

3.3.4 Scelta dell'ospedale in generale

Gli assicurati hanno la possibilità di scegliere liberamente tra gli ospedali che adempiono le condizioni d'ammissione della LAMal e che figurano nella lista degli ospedali del cantone di residenza.

Restano riservate le disposizioni per gli assicurati che hanno stipulato le varianti assicurative casamed con diritto di scelta limitato.

3.3.5 Cura a scelta extracantonale

Se le spese per una cura ospedaliera extracantonale sono più elevate rispetto a quelle per una cura in un ospedale competente secondo la categoria di prestazioni nel cantone di domicilio, le spese eccedenti sono a carico dell'assicurato.

3.3.6 Cura extracantonale per motivi medici

Se per motivi medici è necessaria una cura extracantonale, le spese saranno assunte secondo i contratti e le tariffe vigenti per il rispettivo ospedale.

Vengono considerate cure mediche necessarie extracantonali:

- cure d'emergenza,
- cure che non possono essere eseguite in nessun ospedale cantonale o extracantonale figurante nella lista degli ospedali del cantone di domicilio.

Nel caso in cui la cura avviene per motivi medici in un ospedale extracantonale pubblico o sovvenzionato pubblicamente, il cantone di domicilio dell'assicurato si assume la differenza tra le spese di cura effettive e le tariffe ed i contratti del rispettivo ospedale vigenti per gli abitanti del cantone dove è ubicato l'ospedale.

3.3.7 Protezione tariffaria

Gli ospedali ammessi alla cura secondo la LAMal devono fatturare la cura ospedaliera, comprese le spese di degenza, secondo gli importi forfettari concordati con le casse. Un'ulteriore fatturazione è consentita solo per un'eventuale particolare prestazione diagnostica o terapeutica convenuta con le casse.

3.3.8 Cure in reparti privati

Se l'assicurato si sottopone a cure all'interno o all'esterno del cantone di domicilio nel reparto privato o semiprivato di un ospedale figurante sulla lista degli ospedali del cantone dove è ubicato l'ospedale, la cassa versa le prestazioni analogamente alle tariffe applicate al reparto comune degli ospedali LAMal competenti secondo la categoria di prestazioni nel cantone di domicilio o in caso di indicazioni mediche analogamente alle tariffe applicate al reparto comune del rispettivo ospedale.

3.3.9 Fatturazione, rimborso

In caso di degenza ospedaliera degli assicurati, la cassa fornisce nel quadro del diritto alle prestazioni una garanzia di pagamento, a condizione che sia disponibile una diagnosi di ricovero. Se non esiste un contratto tra le casse e l'ospedale, l'assicurato è debitore d'onorario nei confronti dell'ospedale.

3.4 Misure di riabilitazione medica

Vengono adottate misure di riabilitazione medica se servono a recuperare le funzionalità del corpo o della psiche, di modo che la persona assicurata possa ritornare nel suo ambiente di vita abituale.

Le disposizioni della cura ambulatoriale e ospedaliera vengono applicate per analogia.

Se le misure mediche non servono a ritornare all'ambiente di vita abituale, vengono assunte le prestazioni secondo le tariffe di casa di cura o le tariffe spitex.

3.5 Trattamento in case di cura

In caso di degenza in una casa di cura ammessa secondo la LAMal, la cassa si assume le spese per le visite, le cure e le misure di cura prescritte dal medico.

Le prestazioni vengono versate secondo gli accordi con le case di cura o in modo forfettario oppure in base al conteggio delle singole prestazioni.

Le disposizioni della cura ospedaliera e delle prestazioni a domicilio (spitex) sono applicabili per analogia anche ai trattamenti in una casa di cura.

3.6 Spitex

La cassa si assume le spese per le visite, le cure e le misure di cura prescritte dal medico che vengono eseguite a domicilio da parte di assistenze a domicilio (spitex) riconosciute o da infermieri. Non vengono erogate prestazioni per le spese legate ad aiuti casalinghi.

La prescrizione medica vale al massimo per un periodo di tre mesi o di sei mesi per pazienti di lunga durata. Le spese per la cura a domicilio (spitex) vengono assunte secondo i contratti e le tariffe cantonali e comunali convenuti con le assistenze a domicilio (spitex). Esse possono essere fatturate secondo le tariffe a tempo o forfettarie. Nei contratti tariffari è possibile stabilire un determinato bisogno giornaliero o settimanale come limite massimo.

3.7 Cure termali

3.7.1 Entità delle prestazioni

La cassa versa un contributo giornaliero alle spese per le cure termali prescritte dal medico.

CHF 10.–

21 giorni per anno civile

3.7.2 Scelta dello stabilimento termale

All'assicurato è concessa la libera scelta fra gli stabilimenti termali svizzeri riconosciuti a conduzione medica.

Il contributo alle cure termali viene corrisposto indipendentemente dal fatto che la persona assicurata si sottoponga a cure stazionarie nello stabilimento termale oppure risieda in un albergo, una pensione o presso privati nel luogo dello stabilimento termale.

3.7.3 Procedura in caso di cure termali

La prescrizione medica per un soggiorno di cura con la relativa diagnosi deve essere inviata alla cassa due settimane prima dell'inizio della cura.

In caso d'interruzione di una cura, le spese parziali della cura possono essere assunte solo se l'interruzione è avvenuta a causa di malattia o condizionata da altri motivi imperativi, e a tale scopo è disponibile un certificato del medico che ha seguito la cura.

3.8 Spese di trasporto e di salvataggio

In caso di trasporto necessario per motivi medici da parte di un'impresa di trasporti riconosciuta dalla LAMal ai fini della cura presso una persona ammessa dalla LAMal o un istituto nell'ambito del diritto di scelta dell'assicurato, la cassa si assume una parte delle spese di trasporto.

50%, fino a un massimo di CHF 500.– per anno civile

In caso di un'azione di salvataggio necessaria in Svizzera da parte di un'impresa di salvataggio riconosciuta dalla LAMal, la cassa si assume una parte delle spese di salvataggio.

50%, fino a un massimo di CHF 5000.– per anno civile

3.9 Cure dentarie

3.9.1 Cure dentarie in caso di malattia grave

La cassa si assume le spese per le cure dentarie causate da malattia, se queste:

- sono dovute a una grave, inevitabile malattia del sistema di masticazione, oppure
- sono dovute a una grave malattia generale o alle sue conseguenze, oppure
- sono necessarie per la cura di una grave malattia generale o delle sue conseguenze.

3.9.2 Trauma dentale

La cassa si assume le spese per i danni subiti dai denti in caso d'infortunio.

3.9.3 Entità delle prestazioni

Il versamento avviene per la cura da parte di dentisti ammessi dalla LAMal secondo gli accordi contrattuali e tariffari tra le casse.

3.9.4 Procedura in caso di cure dentarie

Affinché sia possibile assumersi le spese di cure dentarie, occorre presentare la diagnosi, il piano di cura e il preventivo.

3.10 Maternità

3.10.1 Entità delle prestazioni

Durante la gravidanza e in relazione al parto, la cassa si assume le medesime prestazioni come per il caso di malattia. Durante la gravidanza e durante le prime 10 settimane dopo il parto vengono assunte le spese per le visite di controllo eseguite da parte di medici od ostetriche oppure le visite di controllo necessarie prescritte dal medico. Senza speciali indicazioni vengono assunte le spese per al massimo sette visite durante la gravidanza nonché per un controllo dopo il parto.

La cassa si assume le spese per un parto al proprio domicilio, all'ospedale o in un istituto di maternità secondo gli accordi contrattuali e tariffari.

Le disposizioni per la cura ambulatoriale, ospedaliera o semi-ospedaliera sono anche applicabili alle prestazioni in caso di parto.

3.10.2 Spese di cura del bambino

La cassa si assume la parte non coperta delle spese per la cura del bambino finché è in ospedale con la madre dall'assicurazione base della madre, a condizione che il bambino venga assicurato presso la cassa.

3.10.3 Preparazione al parto e consulenza per l'allattamento

La cassa versa un contributo alle spese di un corso di preparazione al parto e si assume le spese per al massimo tre consulenze per l'allattamento, se queste vengono eseguite da uno specialista riconosciuto.

Preparazione al parto	Consulenza per l'allattamento
CHF 150.–	max. 3 consulenze

3.11 Restrizioni delle prestazioni

3.11.1 Riduzione e sospensione delle prestazioni

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni per la cura di malattie o conseguenze di un infortunio che devono essere coperte da un'altra assicurazione o da terzi.

Le prestazioni possono essere temporaneamente o durevolmente ridotte o in casi particolarmente gravi rifiutate, se l'assicurato non si sottopone o si oppone a una cura ragionevole oppure se non contribuisce in misura ragionevole di sua spontanea volontà.

L'assicurato va preventivamente ammonito per iscritto e reso attento sul fatto che le prestazioni possono essere ridotte o completamente rifiutate.

3.11.2 Fatturazione eccessiva e cure non economiche

In caso di evidente fatturazione eccessiva o di cure non economiche, la cassa può rifiutare o ridurre di conseguenza le proprie prestazioni. Essa può far dipendere il suo pagamento dalla cessione della richiesta di riduzione. I versamenti già effettuati possono essere richiesti dalla cassa oppure i versamenti già effettuati dalla persona assicurata possono essere richiesti presso il fornitore delle prestazioni.

3.11.3 Obbligo di rimborso

La cassa può richiedere il rimborso delle prestazioni fornite per errore o ingiustamente.

3.12 Rapporto con prestazioni di terzi, sovrindennizzo

3.12.1 In generale

Se per un caso di malattia o di infortunio notificati, risulti per legge, contratto o colpa, responsabile un terzo, le pretese dell'assicurato nei confronti del terzo passano alla cassa nella misura delle prestazioni fornite. In caso di più responsabili, questi sono responsabili solidalmente per i diritti di regresso della cassa.

3.12.2 Assicurazioni sociali

La cassa non accorda prestazioni a carico di altre assicurazioni sociali (LAINF, AI, AM, AVS, LADI, ecc.). L'assicurato deve annunciare il proprio diritto alle prestazioni presso la rispettiva assicurazione sociale.

Rispetto alle altre assicurazioni sociali, la cassa fornisce prestazioni anticipate secondo le disposizioni legali.

3.12.3 Sovrindennizzo

Le prestazioni della cassa oppure la loro corresponsione unitamente alle prestazioni di altre assicurazioni sociali oppure di altri istituti tenuti a versare le prestazioni non possono superare le spese di malattia o infortunio provocate dal caso assicurativo dell'assicurato.

La cassa riduce le proprie prestazioni se constata un sovrindennizzo.

4 Variante casamed

4.1 In generale

Quale variante della base, le persone assicurate possono stipulare la copertura casamed con limitata scelta del personale terapeutico e degli istituti di cura.

Nella variante casamed, l'assistenza avviene nell'ambito di sistemi basati sul principio del medico di famiglia. La copertura casamed può essere limitata a persone assicurate domiciliate in una determinata regione.

4.2 Scelta/disdetta casamed

La variante casamed può essere scelta in occasione dell'adesione alla cassa oppure in un secondo tempo, con decorrenza dall'inizio di un mese civile.

Per il passaggio a varianti casamed che non prevedono franchigia o solo quella ordinaria, per gli assicurati con franchigia opzionale valgono le medesime scadenze o le medesime condizioni d'uscita come per le franchigie opzionali.

Per gli assicurati casamed il passaggio dalla variante casamed nella variante base ordinaria o l'uscita dalla cassa, è possibile soltanto alla fine di un anno civile rispettando un preavviso di tre mesi.

In occasione della comunicazione del nuovo premio, la disdetta del rapporto assicurativo con la cassa è possibile rispettando un preavviso di un mese, alla fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

Se, a causa della prolungata assenza della persona assicurata dal proprio domicilio, i trattamenti non aventi carattere d'urgenza non possono essere effettuati dal medico di famiglia casamed competente, la cassa è legittimata a trasferire immediatamente la persona assicurata nella variante base ordinaria.

4.3 Condizioni generali per l'erogazione delle prestazioni

Dalla variante casamed vengono corrisposte le prestazioni di base, se queste sono fornite o concordate dal medico indicato dalla persona assicurata all'assicuratore.

Per tutte le questioni mediche o in caso di problemi di salute la persona assicurata consulta sempre prima tale medico.

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute dall'assicuratore come medici di famiglia casamed.

4.4 Eccezioni

4.4.1 Oculisti, ginecologi, dentisti, pediatri

Le spese per le cure presso tali specialisti vengono rimborsate senza previa consultazione del medico indicato. L'assicuratore è autorizzato a limitare la scelta di questi medici. Per la cura da parte di pediatri la cassa può determinare un limite d'età.

4.4.2 Urgenze

Nella variante base le emergenze sono coperte indipendentemente dal fornitore di prestazioni scelto.

4.5 Ulteriori fornitori di prestazioni

In vista di una cura sanitaria conveniente, la cassa è autorizzata a designare altri fornitori di prestazioni quali ospedali, farmacie, negozi sanitari specializzati, ecc., ai quali viene affidata in esclusiva la cura medica degli assicurati casamed.

4.6 Attuazione dell'assicurazione

4.6.1 Indicazione del medico o dell'istituzione telemedica competente

La persona assicurata indica un medico di sua scelta o un'istituzione telemedica.

4.6.2 Cambiamento del medico

Nel sistema casamed il passaggio a un altro medico è possibile un volta all'anno.

In casi speciali il passaggio può essere effettuato di comune accordo con la cassa più volte all'anno.

5 Partecipazione ai costi

5.1 Partecipazione ai costi ordinaria

5.1.1 In generale

In conformità alle prestazioni di diritto federale, ogni persona assicurata deve partecipare ai costi per le prestazioni fornite tramite una franchigia annua e un'aliquota percentuale.

Fino a 18 anni	Adulti
Nessuna franchigia (ordinaria)	CHF 300.- per anno civile

5.1.2 Franchigia annua

Ogni anno civile per gli adulti viene riscossa una franchigia annua nella misura di un importo fisso.

5.1.3 Aliquota percentuale

L'aliquota percentuale ammonta al 10% delle spese per le prestazioni fornite che superano la franchigia annua.

Fino a 18 anni	Adulti
10%, al massimo CHF 350.- per anno civile	10%, al massimo CHF 700.- per anno civile

5.1.4 Aliquota percentuale per medicinali

La partecipazione ammonta al 20% dei costi eccedenti la franchigia annua, per un preparato originale, se questo può essere sostituito con un generico figurante nell'elenco delle specialità e il cui prezzo massimo è inferiore di almeno il 20% rispetto a quello del preparato originale corrispondente. Tale regolamentazione non viene applicata per un preparato originale esplicitamente prescritto per motivi d'ordine medico.

5.1.5 Partecipazione ai costi in caso di maternità

Le prestazioni in relazione alla maternità non sono soggette alla partecipazione ai costi.

Ciò vale a partire dalla 13ª settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo la nascita anche per tutte le altre prestazioni mediche non correlate alla maternità.

5.1.6 Massima partecipazione ai costi per le famiglie

La massima partecipazione per i figli di una famiglia ammonta a:

complessivamente CHF 1 000.- per anno civile

5.2 Contributo alle spese di degenza ospedaliera

In aggiunta alla partecipazione ordinaria ai costi, gli assicurati sono tenuti a prestare un contributo alle spese di degenza ospedaliera.

CHF 15.- al giorno

Sono esonerati dal contributo i bambini e i giovani sino ai 25 anni di età, se si trovano ancora in formazione.

5.3 Franchigia opzionale

5.3.1 In generale

Con una corrispondente riduzione dei premi, minorenni, giovani e adulti hanno la facoltà di optare per una franchigia più elevata nella variante base.

La franchigia opzionale viene riscossa nella misura di un importo fisso per anno civile.

5.3.2 Scelta/disdetta della franchigia annua opzionale

La scelta di una franchigia maggiore è possibile unicamente all'inizio di un anno civile.

In caso di adesione alla cassa nel corso dell'anno, la franchigia viene riscossa pro rata temporis.

Il passaggio a una franchigia minore, in un'altra variante assicurativa oppure a un altro assicuratore è possibile alla fine di un anno civile, rispettando un termine di comunicazione o un preavviso di tre mesi.

In occasione della comunicazione del nuovo premio, la disdetta del rapporto assicurativo con la cassa è possibile rispettando un preavviso di un mese, alla fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

5.3.3 Ammontare della franchigia annua opzionale

Gli assicurati possono scegliere tra le seguenti franchigie annue più elevate:

Adulti	Minorenni
CHF 500.-	CHF 200.-
CHF 1 000.-	CHF 400.-
CHF 1 500.-	CHF 600.-
CHF 2 000.-	
CHF 2 500.-	

5.3.4 Aliquota percentuale

L'aliquota percentuale corrisponde a quella della partecipazione ordinaria ai costi.

5.3.5 Massima partecipazione ai costi in presenza di più figli

Qualora più figli di una famiglia siano assicurati presso Sympany, la partecipazione della persona assicurata ai costi ammonta al doppio dell'importo massimo per ogni figlio (franchigia opzionale e aliquota percentuale). Se per i figli sono state scelte franchigie diverse, Sympany fissa la partecipazione massima.

6 Premi

6.1 Determinazione

6.1.1 In generale

I premi vengono fissati nell'ambito della tariffa dei premi.

I premi possono essere strutturati secondo le differenze dei costi locali.

6.1.2 Riduzione del premio

I premi ridotti valgono:

- per bambini e giovani fino al 18° anno d'età,
- per adulti fino al 25° anno d'età,
- in caso di sospensione della copertura dell'infortunio,
- per assicurati che stipulano una franchigia opzionale,
- per assicurati che stipulano la variante casamed.

6.1.3 Contributi ai premi

L'assicurato può richiedere contributi ai premi presso il cantone di residenza domicilio o il suo comune di domicilio. La cassa può prendere degli accordi con il cantone di residenza domicilio o con il comune di domicilio, secondo cui il contributo ai premi verrà dedotto direttamente dal premio.

6.2 Esonero dal pagamento dei premi durante il servizio militare o civile

Durante il servizio militare, di protezione civile o civile della durata superiore a 60 giorni consecutivi viene concesso un esonero dal pagamento dei premi per i mesi coperti dall'assicurazione militare.

L'esonero dal pagamento dei premi viene concesso unicamente se richiesto nello stesso anno civile. Alla domanda deve essere allegato un documento probatorio del servizio prestato.

6.3 Supplemento del premio

In caso di adesione tardiva non giustificabile all'assicurazione base, viene riscosso per il doppio periodo di ritardo un supplemento del premio.

Al massimo il 50%

6.4 Contributi supplementari

In periodi di eccessiva richiesta di prestazioni, la cassa può riscuotere contributi supplementari.

6.5 Pagamento

6.5.1 Scadenza/periodo di pagamento

I premi vanno pagati anticipatamente. Il periodo di pagamento più breve è pari a un mese civile. I premi vanno versati senza interruzioni, quindi anche in caso di malattia, infortunio, incapacità lavorativa o in caso di sospensione del diritto alle prestazioni. Se l'affiliazione inizia o si estingue durante un mese civile, occorre versare l'intero premio mensile.

6.5.2 Mora

Se, nonostante la diffida, una persona assicurata è in mora con il pagamento di premi e partecipazioni ai costi, viene avviata la procedura d'esecuzione. I cantoni possono registrare su un elenco le persone assicurate che, nonostante l'esecuzione, non adempiono all'obbligo di pagamento dei premi. Su segnalazione del cantone, la cassa può differire per queste persone l'assunzione delle spese per le prestazioni, a eccezione dei trattamenti d'urgenza. Le spese di diffida e amministrative causate dal ritardo nel pagamento sono a carico della persona assicurata.

I costi aggiuntivi che derivano dalle spese straordinarie richieste dalla persona assicurata, vanno versati anticipatamente. L'entità dei costi aggiuntivi viene determinata dalla cassa.

In aggiunta a questi costi, la cassa è legittimata a riscuotere un interesse di mora del 5% su un eventuale importo dovuto.

La cassa è autorizzata a compensare le sue prestazioni con eventuali premi e partecipazioni alle spese esigibili fino all'avvio di una domanda di prosecuzione dell'esecuzione. Tale possibilità non è concessa all'assicurato.

6.5.3 Costituzione in pegno/cessione

I crediti nei confronti della cassa non possono essere costituiti in pegno e possono essere ceduti unicamente nei casi previsti dalla LAMal.

7 Assicurazione collettiva

7.1 In generale

Per una semplificazione amministrativa, la cassa può stipulare contratti di gruppo per gruppi di persone.

7.2 Regolamentazioni divergenti

Per persone assicurate nell'ambito dell'assicurazione collettiva valgono di norma le stesse prestazioni e vengono versati gli stessi premi come nell'assicurazione individuale.

Sono possibili regolamentazioni divergenti in particolare riguardo a:

- a) procedura d'affiliazione semplificata,
- b) altra modalità di pagamento dei premi,
- c) partner collettivi come debitori di premi,
- d) trasferimento degli obblighi d'informazione al partner collettivo,
- e) procedura divergente per quanto attiene alla liquidazione delle prestazioni e alla partecipazione ai costi,
- f) procedura semplificata per l'esclusione dell'infortunio.

7.3 Passaggio all'assicurazione individuale

Gli assicurati che escono dalla cerchia di persone rientranti nel contratto collettivo o gli assicurati per cui scade il contratto collettivo, continuano ad essere automaticamente assicurati nell'assicurazione individuale.

8 Amministrazione giudiziaria

8.1 Disposizione

Se una persona assicurata o un richiedente non è d'accordo con una decisione, su richiesta la cassa emana entro 30 giorni una disposizione scritta e motivata con l'indicazione dei rimedi giuridici.

8.2 Ricorso

Contro questa disposizione è possibile presentare ricorso alla cassa entro 30 giorni dalla notifica. La cassa esamina il ricorso ed emana per iscritto una decisione su opposizione motivata con l'indicazione dei rimedi giuridici.

8.3 Tribunale cantonale delle assicurazioni

Contro decisioni su opposizione può essere presentato ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dalla notifica della decisione su opposizione.

È legittimato al ricorso unicamente chi è interessato dalla disposizione impugnata o dalla decisione su opposizione e dimostra di avere un legittimo interesse alla sua respinta o alla sua modifica.

Nel merito è competente il Tribunale delle assicurazioni di quel cantone in cui l'assicurato o il terzo ricorrente ha il proprio domicilio. Il Tribunale delle assicurazioni può essere adito anche se la cassa non emana alcuna disposizione o alcuna decisione su opposizione entro il termine.

Se il domicilio dell'assicurato o del terzo ricorrente si trova all'estero, è competente il Tribunale delle assicurazioni del cantone del suo ultimo domicilio in Svizzera oppure quello del suo ultimo datore di lavoro in Svizzera; se non è possibile accertare alcun luogo di domicilio, è competente il Tribunale delle assicurazioni del luogo della sede della cassa.

8.4 Effetto giuridico

La disposizione o la decisione su opposizione della cassa passa in giudicato se non è stata impugnata nel termine previsto o, se viene respinto definitivamente il ricorso. Le decisioni passate in giudicato riguardanti pagamenti in denaro sono parificate alle sentenze esecutive ai sensi dell'art. 80 della Legge federale sull'esecuzione e sul fallimento (LEF).

8.5 Protezione giuridica

In caso di controversie per l'onorario tra la persona assicurata e il fornitore di prestazioni ai sensi della LAMal, la cassa può su richiesta della persona assicurata rappresentarla a sue spese dinanzi ai tribunali competenti, a condizione che la causa legale non sia già scontata in partenza.

9.1 Modifiche

I cambiamenti di questo regolamento vengono comunicati agli assicurati mediante comunicazione scritta, nella rivista destinata agli assicurati o mediante pubblicazione ufficiale.

9.2 Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore l'1.1.2010 e sostituisce integralmente qualsiasi precedente regolamento o disposizione relativa all'assicurazione legale delle cure medico-sanitarie.

Indice

1	Basi dell'assicurazione	5	Fine dell'assicurazione
1.1	Scopo	5.1	Disdetta da parte del contraente
1.2	Assicuratore	5.1.1	Disdetta ordinaria
1.3	Oggetto dell'assicurazione	5.1.2	Disdetta in caso di sinistro
1.4	Condizioni generali d'assicurazione (CGA)	5.1.3	Diritto di passaggio in caso di disdetta del contratto collettivo
1.5	Condizioni per l'assicurazione collettiva	5.2	Rinuncia alla disdetta da parte dell'assicuratore
1.6	Legge sul contratto d'assicurazione	5.3	Altri motivi di estinzione
2	Categorie assicurative	6	Prestazioni
2.1	Possibilità assicurative	6.1	Definizioni dei termini
2.2	Modifiche delle categorie assicurative	6.1.1	Malattia
2.3	Categorie assicurative scelte	6.1.2	Infortunio
3	Persone assicurate	6.1.3	Maternità
3.1	Assicurazione individuale	6.2	Validità delle prestazioni
3.2	Assicurazione collettiva	6.2.1	Validità delle prestazioni territoriale
4	Inizio e durata dell'assicurazione	6.2.2	Validità delle prestazioni temporale
4.1	Procedura alla stipulazione dell'assicurazione	6.3	Prestazioni assicurate
4.1.1	Proposta	6.3.1	Entità delle prestazioni
4.1.2	Obbligo d'informazione	6.3.2	Economicità della cura
4.1.3	Rifiuto o esclusione delle prestazioni	6.3.3	Cure da parte di personale medico riconosciuto
4.1.4	Documenti	6.4	Restrizioni delle prestazioni
4.1.5	Diritto di revoca	6.4.1	Malattie e infortuni preesistenti
4.2	Inizio dell'assicurazione	6.4.2	Esclusione delle prestazioni
4.3	Durata dell'assicurazione	6.4.3	Restrizioni delle prestazioni
4.3.1	Periodo di assicurazione	7	Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio
4.3.2	Durata assicurativa superiore	7.1	Obbligo di notifica
4.3.3	Momento della stipulazione dell'assicurazione	7.2	Riduzione del danno
4.3.4	Proroga dell'assicurazione	7.3	Obbligo d'informazione
4.4	Modifica dell'assicurazione	8	Premi e pagamenti
4.4.1	Modifica da parte del contraente	8.1	Determinazione dei premi
4.4.2	Modifica da parte dell'assicuratore	8.1.1	In generale
4.5	Sospensione dell'assicurazione	8.1.2	Ammontare dei premi
4.5.1	Condizioni	8.1.3	Ribasso famiglia
4.5.2	Durata ed entità della sospensione	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

9 Prestazioni di terzi

- 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**

10 Carta cliente

11 Protezione dei dati

12 Comunicazioni

13 Foro competente

14 Entrata in vigore

Disposizioni comuni

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 assicura-

zioni 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 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, 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 debitrice 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 dell'assicurazione base.

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.

complemento generale e complemento privato

Indice

1	Basi dell'assicurazione	5.3	Prestazioni erogate da enti pubblici
1.1	Scopo	5.4	Fornitori di prestazioni e tariffa
1.2	Assicuratore	5.5	Trattamento all'estero
1.3	Disposizioni comuni	6	Medicina alternativa
1.4	Persone assicurate	6.1	Metodi della medicina empirica
1.5	Diritto di passaggio a categorie assicurative analoghe	6.2	Terapisti e metodi curativi alternativi
1.6	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	6.3	Prestazioni supplementari del complemento privato
1.7	Prestazioni all'estero	6.4	Rimedi naturali
2	Cura medica	6.5	Prestazioni massime erogate
2.1	Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro	6.6	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni
2.2	Cura da parte di medici che non sottostanno alla LAMal	7	Medicamenti non obbligatori
2.3	Visita medica privata presso medici d'ospedale che non sottostanno alla LAMal	8	Bagni termali
2.4	Cura medico all'estero	9	Cura psicoterapeutica
2.4.1	Cura a scelta	9.1	Entità delle prestazioni
2.4.2	Trattamento d'urgenza	9.2	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni
2.5	Durata delle prestazioni	9.3	Rapporto con l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie
3	Prevenzione	10	Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero, spese di viaggio
3.1	Vaccinazioni	10.1	Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero in casi d'emergenza
3.2	Visita di check-up	10.1.1	Entità delle prestazioni
3.3	Visita ginecologica preventiva	10.1.2	Franchigia
3.4	Maternità	10.1.3	Operazioni di ricerca
3.4.1	Preparazione al parto	10.1.4	Prestazioni di terzi
3.4.2	Indennità di allattamento	10.2	Spese di viaggio
3.5	Corsi di promozione della salute	11	Partecipazione ai costi
3.6	Ulteriori misure di prevenzione		
4	Mezzi ausiliari		
4.1	Mezzi visivi		
4.2	Ulteriori mezzi ausiliari		
5	Cure dentarie		
5.1	Denti del giudizio		
5.2	Prestazioni per bambini e giovani		

complemento generale e complemento privato

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

L'assicurazione complementare generale e l'assicurazione complementare privata erogano prestazioni per cure mediche ambulatoriali al di fuori del domicilio o del luogo di lavoro, misure di prevenzione, mezzi ausiliari, trattamenti odontoiatrici, cure o trattamenti secondo metodi alternativi, spese di trasporto e per azioni di ricerca, salvataggio e recupero, per medicinali non obbligatori come pure l'indennità di allattamento.

complemento privato si assume inoltre le spese non coperte secondo la LAMal per cure mediche da parte di medici che non sottostanno alla LAMal. Essa versa inoltre contributi per prestazioni mediche alternative all'estero e per spese di viaggio.

Le prestazioni vengono di regola fornite in complemento a tutte le altre categorie assicurative di queste CGA.

Le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (base) precedono quelle di questa categoria assicurativa.

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è Sympany Assicurazioni SA, Basilea (di seguito denominata assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA costituiscono parte integrante delle disposizioni del complemento generale, rispettivamente del complemento privato. In caso di deroghe, le disposizioni del complemento generale, rispettivamente del complemento privato prevalgono sulle disposizioni comuni.

1.4 Persone assicurate

complemento generale può essere stipulata da qualsiasi persona senza limite di età, complemento privato invece dalle persone di età inferiore a 60 anni.

1.5 Diritto di passaggio a categorie assicurative analoghe

È possibile passare da complementare generale a plus natura o plus, nonché da complementare privata a premium natura o premium. Il passaggio deve sempre avvenire al 1° gennaio dell'anno successivo ed essere comunicato entro e non oltre il 30 settembre dell'anno in corso. Il diritto di passaggio sussiste soltanto per le persone assicurate che hanno stipulato uno dei prodotti ammessi prima del 31 dicembre 2011.

1.6 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono erogate solo se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dalla cassa. Per quanto riguarda il riconoscimento delle rispettive persone è necessario chiedere informazioni alla cassa.

1.7 Prestazioni all'estero

Le prestazioni relative al complemento privato vengono versate anche all'estero, tranne nella variante casamed e salvo diversamente pattuito in modo specifico.

2 Cura medica

2.1 Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro

In aggiunta alle prestazioni della base, le cure da parte di medici della cassa aderenti alla LAMal che avvengono al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata sono interamente coperte secondo la tariffa LAMal valida nel luogo di cura.

2.2 Cura da parte di medici che non sottostanno alla LAMal

complemento privato versa prestazioni secondo la tariffa LAMal per le cure prestate da medici che non sottostanno alla LAMal.

Per trattamenti psicoterapeutici vengono versate prestazioni per un massimo di 50 ore.

2.3 Visita medica privata presso medici d'ospedale che non sottostanno alla LAMal

complemento privato versa prestazioni secondo la tariffa riconosciuta per le visite private ambulatoriali di medici dirigenti di cliniche universitarie che non sottostanno alla LAMal.

Per i trattamenti psicoterapeutici complemento privato fornisce prestazioni per un massimo di 50 ore secondo la tariffa LAMal.

2.4 Cura medica all'estero

2.4.1 Cura a scelta

Per le cure mediche all'estero complemento privato si assume spese per un massimo della tariffa doppia LAMal valida nel luogo di domicilio della persona assicurata. Per gli assicurati globale sono coperte tutte le spese conformemente alla tariffa locale vigente.

Per i trattamenti psicoterapeutici vengono versate prestazioni per un massimo di 50 ore.

2.4.2 Trattamento d'urgenza

In aggiunta alle prestazioni della base, in caso di trattamenti medici d'urgenza all'estero complemento generale e complemento privato coprono il totale delle spese.

2.5 Durata delle prestazioni

Salvo diversamente previsto nell'complemento generale e nell'complemento privato, le prestazioni vengono versate per un periodo illimitato.

3 Prevenzione

3.1 Vaccinazioni

Per le vaccinazioni di prevenzione delle infezioni, per anno civile vengono versati i seguenti contributi:

90%, fino al massimo CHF 200.-

A tale riguardo non vengono erogate prestazioni per le vaccinazioni effettuate a scopo professionale il cui effetto medico sia controverso dal punto di vista medico o che siano ancora in fase di sperimentazione.

3.2 Visita di check-up

Se l'assicurazione di base (base) è stipulata con Sympany, dopo due anni civili consecutivi nei quali non sono state richieste prestazioni nell'assicurazione di base (base) viene corrisposto il seguente contributo alle spese certificate per una visita di check-up:

complemento generale	90% delle spese, al massimo CHF 300.-
complemento privato	90% delle spese, al massimo CHF 600.-

3.3 Visita ginecologica preventiva

Per anno civile sono assicurate le spese per una visita ginecologica preventiva secondo il tariffario LAMal, a condizione che nel rispettivo anno le stesse prestazioni non vengano corrisposte da un'assicurazione LaMal.

3.4 Maternità

3.4.1 Preparazione al parto

Per le spese certificate relative a un corso di preparazione al parto (inclusa la ginnastica postparto) presso personale qualificato, per gravidanza viene corrisposto al massimo il seguente contributo:

CHF 200.-

3.4.2 Indennità di allattamento

Sussiste il diritto a un'indennità di allattamento. L'indennità di allattamento viene versata se la madre assicurata allatta parzialmente o interamente il figlio per dieci settimane.

CHF 250.-

3.5 Mettersi in forma

Alle spese per un corso per apprendere a comportarsi in modo salutare, ordinato dal medico ed eseguito da personale qualificato (per es. corsi antifumo, prevenzione di problemi alla schiena, consulenza nutrizionistica) viene fornito il seguente contributo nell'arco di due anni civili:

complemento generale	90% delle spese, al massimo CHF 300.-
complemento privato	90% delle spese, al massimo CHF 500.-

L'assicuratore definisce quali corsi di promozione della salute riconoscere. L'elenco dei corsi riconosciuti viene aggiornato o integrato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso la cassa.

3.6 Restare in forma

È possibile ottenere dei contributi per ulteriori misure preventive riconosciute.

4 Mezzi ausiliari

4.1 Mezzi visivi

Per le spese d'acquisto di lenti oftalmiche o di lenti a contatto necessarie per la correzione visiva della vista, alle persone assicurate di età superiore a 18 anni vengono forniti i seguenti contributi nell'arco di cinque anni civili:

complemento generale	CHF 270.-
complemento privato	CHF 420.-

Ai bambini fino ai 18 anni viene riconosciuto il seguente contributo annuale:

complemento generale	CHF 270.-
complemento privato	CHF 420.-

4.2 Ulteriori mezzi ausiliari

Per le spese di noleggio o di acquisto di mezzi ausiliari riconosciuti per i quali non vengono versate prestazioni dalla base, in caso di indicazione medica può essere corrisposto il

50% delle spese, al massimo CHF 250.- per anno civile

L'assicuratore stabilisce i mezzi ausiliari riconosciuti. L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti viene aggiornato o completato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso la cassa.

Non sono assicurati i costi risultanti dall'esercizio, dalla manutenzione e dalla riparazione di tali mezzi ausiliari.

5 Cure dentarie

5.1 Denti del giudizio

L'assicurazione copre i costi per l'estrazione dei denti del giudizio. Se il trattamento avviene in ospedale, vengono assunti costi fino all'ammontare del forfait giornaliero per il reparto comune nel cantone di domicilio, stabilito contrattualmente.

5.2 Prestazioni per bambini e giovani

Per bambini e giovani fino a 25 anni sussiste il seguente diritto alle prestazioni.

- Per le spese di una visita di controllo incluse le radiografie viene rimborsato, a condizione che non debba essere effettuata contemporaneamente una cura dentaria (a scopo di conservazione, protesi, ecc.), il seguente contributo:

CHF 60.- per anno civile

- Per le spese di cure ortopediche mascellari secondo la tariffa riconosciuta:

complemento generale	70% delle spese, al massimo CHF 5 000.-
complemento privato	70% delle spese, al massimo CHF 12 000.-

Queste prestazioni vengono fornite per le cure dopo una durata assicurativa di almeno tre anni. Per beneficiare di questa prestazione occorre presentare una diagnosi dell'anomalia posizionale, i mezzi di cura previsti e un preventivo. Se al momento della stipulazione del contratto esiste un'assicurazione precedente equivalente, l'assicurazione rinuncia a un termine di carenza a condizione che almeno un genitore sia assicurato presso Sympany. Le prestazioni già fornite da assicuratori precedenti vengono computate sulle summenzionate prestazioni, se non è stata applicata una riserva sull'intera prestazione.

5.3 Prestazioni erogate da enti pubblici

Le prestazioni vengono fornite in complemento a eventuali prestazioni dei cantoni e comuni in base alla loro legislazione sulla cura dentaria pubblica. I contributi dei cantoni e comuni vengono computati sulle prestazioni di questa categoria assicurativa.

5.4 Fornitori di prestazioni e tariffa

Il contributo si basa sulla tariffa valida per le prestazioni dentistiche dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie. Se un dentista applica una tariffa più elevata rispetto a quella dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, la differenza è a carico della persona assicurata.

Sono considerati dentisti i titolari di un rispettivo diploma federale o di un diploma equivalente, o coloro ai quali il cantone ha rilasciato l'autorizzazione a esercitare la professione sulla base del conseguimento di un attestato scientifico.

5.5 Trattamento all'estero

L'assicurazione copre le spese dei trattamenti all'estero qualora gli specialisti medici siano titolari di una rispettiva formazione equiparabile a quella svizzera e i costi non superino quelli in Svizzera.

6 Medicina alternativa

6.1 Metodi della medicina empirica

In presenza di un'indicazione medica, vengono assunti i costi per i metodi della medicina empirica qualora eseguiti da un medico. L'assicuratore stabilisce in un elenco i metodi riconosciuti e i limiti delle prestazioni.

6.2 Terapisti e metodi curativi alternativi

Sympany corrisponde contributi nell'ambito della medicina alternativa a condizione che sia il metodo terapeutico sia il terapeuta praticante o naturopata siano riconosciuti da Sympany. Vengono corrisposti i seguenti contributi:

complemento generale	fino a un massimo di CHF 70.- per ora di terapia (60 minuti)
complemento privato	fino a un massimo di CHF 100.- per ora di terapia (60 minuti)

L'assicuratore stabilisce le forme terapeutiche e i terapisti riconosciuti. Gli elenchi delle forme terapeutiche e dei terapisti riconosciuti vengono aggiornati e completati regolarmente e possono essere consultati in qualsiasi momento presso la cassa.

Non vengono assunti costi per forme terapeutiche e trattamenti effettuati da terapisti figuranti nell'elenco negativo (EN) dell'assicuratore.

La cassa stabilisce, conformemente alla necessità medica, il numero di ore per le quali vengono corrisposti i contributi.

6.3 Prestazioni supplementari del complemento privato

Alle spese dichiarate per ulteriori trattamenti, eseguiti da personale qualificato, la complemento privato corrisponde un contributo massimo di

CHF 50.- per ora di terapia (60 minuti), massimo CHF 1000.- per anno civile

I trattamenti di medicina alternativa effettuati in un paese limitrofo alla Svizzera, in virtù delle presenti condizioni sono coperti al massimo fino alla tariffa consueta del luogo di cura.

6.4 Rimedi naturali

Sympany versa il 90% dei costi per rimedi fitoterapici, omeopatici e antroposofici, nonché per gli oligoelementi, a condizione che questi non siano coperti dalla base e non figurino nell'elenco negativo (EN) dell'assicuratore.

6.5 Prestazioni massime erogate

Le prestazioni erogate nell'ambito della medicina alternativa sono limitate dai seguenti fattori:

- ammontare dei contributi per ora di terapia
- numero di ore di terapia
- elenco dei metodi terapeutici alternativi riconosciuti da Sympany
- elenco dei terapisti o naturopati riconosciuti da Sympany
- partecipazione ai costi per i trattamenti medici e per i rimedi naturali
- limitazione temporale (per anno civile).

Per le forme terapeutiche con limitazioni dell'importo non viene applicata alcuna aliquota percentuale supplementare.

I limiti complessivi nell'ambito della medicina alternativa ammontano al massimo a

complemento generale	CHF 3 000.- per anno civile
complemento privato	CHF 6 000.- per anno civile

6.6 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dopo preventiva domanda alla cassa. Resta riservata la verifica, da parte del medico di fiducia, dell'indicazione medica e delle qualifiche professionali di medici e terapisti. L'erogazione delle prestazioni può essere condizionata dal fatto che non avvenga contemporaneamente un trattamento parallelo.

7 Medicamenti non obbligatori

Le spese per medicinali prescritti dal medico, autorizzati dalla cassa e dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, e che non figurano sull'elenco dei medicinali con tariffa (EMT), né sull'elenco delle specialità secondo la LAMal, né sull'elenco negativo (EN) dell'assicuratore, vengono rimborsate per anno civile come segue:

complemento generale	50%, fino al massimo CHF 2 500.-
complemento privato	90%, fino al massimo CHF 5 000.-

8 Bagni termali

Per l'utilizzo di bagni termali prescritti da un medico, per anno civile viene corrisposto il seguente contributo:

50%, al massimo 12 entrate

9 Cura psicoterapeutica

9.1 Entità delle prestazioni

La cassa versa prestazioni fino a 100 ore per il trattamento di malattie psichiche effettuato da psicoterapeuti qualificati (non medici), in possesso del permesso cantonale per la conduzione indipendente di uno studio:

Per le prime 50 ore al massimo CHF 60.-

Per le successive ore al massimo CHF 50.-

9.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni sono fornite dalla cassa previa approvazione della domanda di garanzia di pagamento da parte del medico di fiducia della cassa.

Alla scadenza delle ore di terapia autorizzate dalla cassa, al più tardi tuttavia dopo le prime 50 ore di terapia, il terapeuta è tenuto a informare nuovamente il medico di fiducia in merito al decorso terapeutico e alla pianificazione dell'ulteriore terapia.

Non vengono versate prestazioni per psicoterapie che perseguono scopi di autorealizzazione, sviluppo della personalità oppure di apprendimento. Non vengono inoltre rimborsate prestazioni in caso di trattamenti paralleli presso altri psicologi o psichiatri.

9.3 Rapporto con l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie

Le prestazioni psicoterapeutiche vengono fornite da questa categoria assicurativa solo finché rientrano nella base quali prestazioni obbligatorie e sono coperte in quanto tali.

10 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero, spese di viaggio

10.1 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero in casi d'emergenza

10.1.1 Entità delle prestazioni

Per le spese relative a

- trasporti d'emergenza necessari dal punto di vista medico all'ospedale adatto più vicino con un mezzo di trasporto adatto;
- il trasporto di ritorno verso un ospedale adatto nel cantone di residenza della persona assicurata ai fini di un trattamento stazionario;
- per azioni di salvataggio e recupero viene corrisposto il seguente contributo:

CHF 15 000.- per anno civile

I trasporti aerei vengono assunti soltanto se sono assolutamente indispensabili per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2 Franchigia

Per evento, la persona assicurata deve assumersi il seguente contributo a titolo di franchigia:

CHF 100.-

10.1.3 Operazioni di ricerca

Oltre ai costi di salvataggio o recupero, vengono assunti i costi per la ricerca di una persona assicurata:

CHF 20 000.- per anno civile

10.1.4 Prestazioni di terzi

In caso di associazione a una guardia aerea di soccorso o a un'organizzazione analoga, le spese vengono assunte solo a condizione che non siano state erogate prestazioni da parte di queste organizzazioni. Restano riservate le condizioni contrattuali di tenore diverso.

10.2 Spese di viaggio

In caso di trattamento medico regolare al di fuori del luogo di domicilio, **complemento generale** e **complemento privato** coprono dei costi incorsi per l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici dal luogo di domicilio a quello di cura. Le prestazioni vengono erogate solo se tale trattamento non può essere eseguito nel luogo di domicilio o nelle sue immediate vicinanze.

90%, fino al massimo CHF 100.- per anno civile

complemento privato copre dei costi del taxi per i tragitti necessari tra il luogo di domicilio e quello di cura durante un trattamento ambulatoriale, a condizione che per motivi medici la persona assicurata non possa utilizzare i mezzi di trasporto pubblici o il suo veicolo privato.

90%, fino al massimo CHF 400.-* per anno civile
*(importo massimo incl. i costi per i trasporti pubblici)

11 Partecipazione ai costi

Le prestazioni delle presenti assicurazioni, qualora non siano limitate o non siano stati stabiliti altri termini specifici, prevedono un'aliquota percentuale del 10%.

In caso di trattamento medico volontario all'estero (**complementare privata**), per gli assicurati a partire dai 18 anni è

prevista una franchigia annua pari alla franchigia ordinaria secondo la LAMal. La stessa franchigia si applica anche per le prestazioni di maternità.

In caso di trattamenti di medicina alternativa eseguiti da medici e terapeuti, per gli assicurati dai 18 anni può essere prevista una franchigia annua pari alla franchigia ordinaria secondo la LAMal.

Indice

1	Basi dell'assicurazione	6	Medicina alternativa
1.1	Scopo	6.1	Limiti totali massimi
1.2	Assicuratore	6.2	Trattamento medico
1.3	Disposizioni comuni	6.3	Terapisti e metodi curativi alternativi
1.4	Persone assicurate	6.4	Prestazioni all'estero
1.5	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	6.5	Rimedi naturali
1.6	Prestazioni all'estero	6.6	Restrizioni delle prestazioni
2	Cura medica	6.7	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni
2.1	Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro	7	Medicamenti non obbligatori
2.2	Cura da parte di medici che non sottostanno alla LAMal	8	Bagni termali
2.3	Cura medica all'estero	9	Cura psicoterapeutica
2.3.1	Cura a scelta	9.1	Entità delle prestazioni
2.3.2	Trattamento d'emergenza	9.2	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni
2.3.3	Durata delle prestazioni	9.3	Rapporto con l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie
3	Prevenzione	10	Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero, spese di viaggio
3.1	Vaccinazioni	10.1	Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero in casi d'emergenza
3.2	Visita di check-up	10.1.1	Entità delle prestazioni
3.3	Visita ginecologica preventiva	10.1.2	Aliquota percentuale
3.4	Maternità	10.1.3	Prestazioni di terzi
3.4.1	Preparazione al parto	10.2	Spese di viaggio
3.4.2	Indennità di allattamento	11	Partecipazione ai costi
3.5	Mettersi in forma		
3.6	Rimanere in forma		
4	Mezzi ausiliari		
4.1	Mezzi visivi		
4.2	Ulteriori mezzi ausiliari		
5	Cura dentaria		
5.1	Denti del giudizio		
5.2	Prestazioni per bambini e giovani		
5.3	Prestazioni erogate da enti pubblici		
5.4	Fornitori di prestazioni e tariffe		
5.5	Trattamento all'estero		
26	complemento generale e complemento privato		

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

plus, plus natura, premium e premium natura erogano prestazioni per cure mediche ambulatoriali al di fuori del domicilio o del luogo di lavoro, misure di prevenzione, mezzi ausiliari, profilassi dentaria e correzioni parodontali per bambini, cure o trattamenti secondo metodi alternativi, spese di trasporto e per azioni di ricerca, salvataggio e recupero, per medicinali non obbligatori come pure l'indennità di allattamento.

Di norma premium eroga le prestazioni anche all'estero. Inoltre premium assicura anche le spese non coperte dalla LAMal per cure mediche da parte di medici che non sottostanno alla LAMal.

Le varianti natura erogano prestazioni maggiori nell'ambito della medicina alternativa. Salvo non diversamente indicato, le prestazioni e le disposizioni di plus natura corrispondono a quelle di plus, quelle di premium natura a quelle di premium.

Le prestazioni vengono di regola fornite in complemento a tutte le altre categorie assicurative di queste CGA. Le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (base) precedono quelle di questa categoria assicurativa.

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è Sympany Assicurazioni SA, Basilea (di seguito definito assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA sono parte integrante delle disposizioni di plus e premium. In caso di divergenze le disposizioni di plus e premium prevalgono sulle disposizioni comuni.

1.4 Persone assicurate

Per l'adesione a plus non esistono limiti di età. Per premium vige il limite di età di 60 anni.

1.5 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte soltanto se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dalla cassa. Per quanto attiene al riconoscimento delle rispettive persone è necessario richiedere informazioni alla cassa.

1.6 Prestazioni all'estero

Le prestazioni premium vengono versate anche all'estero salvo nella variante casamed e se sia stato concordato altrimenti.

2 Cura medica

2.1 Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro

In aggiunta alle prestazioni dell'assicurazione base, le cure da parte di medici della cassa aderenti alla LAMal che avvengono al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata sono interamente coperte secondo la tariffa LAMal valida nel luogo di cura.

2.2 Cura da parte di medici che non sottostanno alla LAMal

premium versa prestazioni secondo la tariffa LAMal per consulti ambulatoriali privati presso primari di ospedali universitari e per cure effettuate da medici che non hanno aderito alla LAMal.

2.3 Cura medica all'estero

2.3.1 Cura a scelta

Per cure mediche all'estero l'assicurazione complementare privata si assume spese pari al massimo alla doppia tariffa LAMal valida al luogo di domicilio della persona assicurata. Per assicurati globale sono coperte tutte le spese conformemente alle tariffe locali vigenti.

2.3.2 Trattamento d'emergenza

In caso di trattamento medico d'urgenza all'estero, plus e premium prevedono la piena copertura dei costi a complemento delle prestazioni della base.

2.3.3 Durata delle prestazioni

Per quanto non previsto diversamente dalle condizioni plus e premium, le prestazioni vengono corrisposte senza limiti di tempo.

3 Prevenzione

3.1 Vaccinazioni

Le spese per le vaccinazioni anti-infettive vengono rimborsate nella seguente misura per anno civile.

80%, fino al max. CHF 220.-

In tale contesto non vengono erogate prestazioni per le vaccinazioni effettuate a scopo professionale il cui effetto medico sia controverso dal punto di vista medico o che siano ancora in fase di sperimentazione.

3.2 Visita di check-up

Se l'assicurazione di base (base) è stipulata con Sympany, dopo due anni civili consecutivi nei quali non sono state richieste prestazioni nell'assicurazione di base (base) viene corrisposto il seguente contributo alle spese certificate per una visita di check-up:

plus	al massimo CHF 300.-
premium	al massimo CHF 600.-

3.3 Visita ginecologica preventiva

Per ogni anno civile vengono assunte le spese di un esame ginecologico preventivo secondo la tariffa LAMal, a condizione che in quell'anno civile non vengano versate relative prestazioni da un'assicurazione LAMal.

3.4 Maternità

3.4.1 Preparazione al parto

Per le spese documentate relative a un corso di preparazione al parto (compresa la ginnastica postparto) effettuato presso personale specializzato, per gravidanza viene corrisposto il seguente importo massimo:

CHF 200.-

3.4.2 Indennità di allattamento

Sussiste il diritto a un'indennità di allattamento. L'indennità di allattamento viene versata se la madre assicurata allatta parzialmente o totalmente il figlio durante dieci settimane.

CHF 250.-

3.5 Mettersi in forma

Per le spese documentate di corsi riconosciuti dalla cassa intesi a promuovere comportamenti sani (per es. disassuefazione dal fumo, corsi di ginnastica per la schiena, consulenza nutrizionistica) viene corrisposto il seguente contributo:

plus	massimo CHF 150.- per anno civile
premium	massimo CHF 250.- per anno civile

I corsi e le istituzioni riconosciuti per l'apprendimento di comportamenti salutari sono definiti dalla cassa. L'elenco dei corsi e delle istituzioni riconosciuti viene aggiornato o integrato costantemente e può essere preso in visione in qualsiasi momento presso la cassa.

3.6 Restare in forma

Possono essere corrisposti contributi per ulteriori misure preventive riconosciute come sport, fitness e corsi di rilassamento.

plus	massimo CHF 200.- per anno civile
premium	massimo CHF 300.- per anno civile

La cassa definisce le istituzioni riconosciute, le misure preventive, i contributi ai costi e i limiti delle prestazioni. L'elenco dei corsi e delle istituzioni riconosciuti viene aggiornato o integrato costantemente e può essere preso in visione in qualsiasi momento presso la cassa.

4 Mezzi ausiliari

4.1 Mezzi visivi

Per lenti di occhiali e lenti a contatto necessarie per la correzione visiva viene erogato il seguente importo:

plus	complessivamente CHF 270.- nel corso di 3 anni civili
premium	complessivamente CHF 420.- nel corso di 3 anni civili

Ai bambini fino a 18 anni viene erogato il seguente importo:

plus	complessivamente CHF 270.- per anno civile
premium	complessivamente CHF 420.- per anno civile

4.2 Ulteriori mezzi ausiliari

Le spese di noleggio o acquisto di mezzi ausiliari riconosciuti per i quali l'assicurazione base non eroga alcuna prestazione, possono essere rimborsate su indicazione medica.

il 50%, fino a un massimo di CHF 250.- per anno civile

La cassa definisce i mezzi ausiliari riconosciuti. L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti è costantemente aggiornato o completato ed è possibile consultarlo in ogni momento presso la cassa.

Non sono assicurati i costi risultanti dall'esercizio, dalla manutenzione e dalla riparazione di tali mezzi ausiliari.

5 Cura dentaria

5.1 Denti del giudizio

L'assicurazione copre i costi per l'estrazione dei denti del giudizio. Se il trattamento avviene in ospedale, vengono assunti costi fino all'ammontare del forfait giornaliero per il reparto comune nel cantone di domicilio, stabilito contrattualmente.

5.2 Prestazioni per bambini e giovani

Per bambini e giovani fino a 25 anni sussiste il seguente diritto alle prestazioni: per le spese derivanti da una visita di controllo, incluse le radiografie, viene rimborsato il seguente importo, a condizione che non debba essere eseguito nel contempo un trattamento dentistico (di conservazione o che preveda un impianto protesico):

CHF 60.- per anno civile

Per le spese di un trattamento di ortopedia mandibolare in conformità alla tariffa riconosciuta:

plus	70%, fino a un massimo di CHF 10 000.-
premium	70%, fino a un massimo di CHF 15 000.-

Queste prestazioni vengono fornite per cure dopo una durata assicurativa di almeno due anni. Se al momento della stipulazione del contratto esiste un'assicurazione precedente equivalente, l'assicuratore rinuncia ad un termine di carenza a condizione che almeno un genitore sia assicurato presso Sympany. Prestazioni già fornite da assicuratori precedenti, vengono computate sulle summenzionate prestazioni, se non è stata applicata una riserva sull'intera prestazione. Per beneficiare della prestazione occorre presentare una diagnosi dell'anomalia posizionale, i mezzi di cura previsti e un preventivo.

5.3 Prestazioni erogate da enti pubblici

Le prestazioni vengono fornite in complemento a eventuali prestazioni dei cantoni e comuni in base alla loro legislazione sulla cura dentaria pubblica. I contributi dei cantoni e dei comuni vengono computati sulle prestazioni di questa categoria assicurativa.

5.4 Fornitori di prestazioni e tariffe

Il versamento avviene secondo la tariffa valida per le prestazioni dentistiche dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie. Se un dentista applica una tariffa più elevata rispetto a quella per l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, la differenza è a carico della persona assicurata.

Sono dentisti coloro in possesso di un rispettivo diploma federale o di un diploma equivalente, o coloro ai quali il cantone sulla base del conseguimento di un attestato scientifico ha fornito l'autorizzazione di esercitare la professione.

5.5 Trattamento all'estero

I trattamenti all'estero vengono coperti solo se il personale medico dispone di una formazione equivalente ad una formazione svizzera e i costi non siano superiori a quelli vigenti in Svizzera.

6 Medicina alternativa

6.1 Limiti totali massimi

Nel campo della medicina alternativa vigono i seguenti limiti

totali per quanto riguarda le cure mediche, i metodi terapeutici riconosciuti e i rimedi naturali:

plus	CHF 3 000.- per anno civile
plus natura	CHF 6 000.- per anno civile
premium	CHF 6 000.- per anno civile
premium natura	CHF 10 000.- per anno civile

6.2 Trattamento medico

plus e premium rimborsano i costi per il trattamento medico dei seguenti metodi di medicina alternativa:

- metodi di medicina empirica.

La cassa definisce i metodi di medicina empirica riconosciuti, le tariffe e i limiti delle prestazioni. L'elenco dei metodi riconosciuti, delle tariffe e dei limiti delle prestazioni viene costantemente aggiornato ed integrato ed è in ogni momento visionabile presso la cassa.

6.3 Terapisti e metodi curativi alternativi

plus e premium corrispondono contributi nell'ambito della medicina alternativa, se sia il metodo terapeutico sia il terapeuta praticante o naturopata sono riconosciuti dalla cassa. Vengono corrisposti i seguenti contributi:

plus e premium	50% dei costi documentati
plus natura e premium natura	80% dei costi documentati

Per i costi documentati relativi a metodi non riconosciuti applicati da persone qualificate, plus natura e premium natura erogano i seguenti contributi:

plus natura	50%, fino a un massimo di CHF 1 000.- per anno civile
premium natura	50%, fino a un massimo di CHF 2 000.- per anno civile

Non vengono assunti costi per forme terapeutiche e per trattamenti effettuati da terapisti figuranti sull'elenco negativo (EN) dell'assicuratore.

La cassa definisce le forme terapeutiche e i terapisti riconosciuti e i limiti delle prestazioni.

La cassa può stabilire il numero di sedute terapeutiche in funzione della necessità medica.

L'elenco delle forme terapeutiche e dei terapisti riconosciuti e dei limiti delle prestazioni viene costantemente aggiornato ed è visionabile in ogni momento presso la cassa.

6.4 Prestazioni all'estero

I trattamenti di medicina alternativa effettuati in un paese limitrofo alla Svizzera sono coperti da plus natura e premium natura in virtù delle presenti condizioni, alla tariffa consueta del luogo di cura. Ciò non vale per gli assicurati della variante casamed.

6.5 Rimedi naturali

plus e premium versano l'80% dei costi per i rimedi fitoterapici, omeopatici e antroposofici, nonché per gli oligoelementi, nella misura in cui questi non siano coperti dalla base e non figurino nell'elenco negativo (EN) della cassa.

6.6 Restrizioni delle prestazioni

Per la medicina alternativa le prestazioni vengono limitate da:

- limiti totali,

- limiti delle prestazioni (numero di sedute terapeutiche, importo massimo per ora di terapia, tariffa)
- elenco dei metodi terapeutici alternativi riconosciuti dalla cassa,
- elenco dei terapisti e dei naturopati riconosciuti dalla cassa,
- partecipazioni ai costi,
- limitazione temporale (per anno civile).

6.7 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dopo preventiva domanda alla cassa. Resta riservata la verifica del medico di fiducia dell'indicazione medica e delle qualifiche professionali di medici e terapisti. La cassa può rifiutare l'erogazione delle prestazioni, qualora la persona assicurata percepisca contemporaneamente prestazioni per la stessa malattia di cure di medicina alternativa da questa o un'altra categoria assicurativa.

7 Medicamenti non obbligatori

Le spese per medicinali prescritti dal medico, autorizzati dalla cassa e dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, e che non figurano sull'elenco dei medicinali con tariffa (EMT), né sull'elenco delle specialità secondo la LAMal, né sull'elenco negativo (EN) della cassa sono coperte dal seguente contributo:

plus	80%, fino a un massimo di CHF 3 000.- per anno civile
premium	80%, fino a un massimo di CHF 6 000.- per anno civile

8 Bagni termali

Per i soggiorni prescritti dal medico in bagni termali viene erogato il seguente contributo per anno civile:

50%, al massimo 12 ingressi

9 Cura psicoterapeutica

9.1 Entità delle prestazioni

Per la cura di malattie psichiche dispensata da psicoterapeuti qualificati (non medici) in possesso del permesso cantonale per la conduzione indipendente di uno studio, l'assicurazione versa le seguenti prestazioni:

plus	50%, fino a un massimo di CHF 1 000.- per anno civile
premium	50%, fino a un massimo di CHF 2 000.- per anno civile

9.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni sono fornite dalla cassa previa approvazione della domanda di garanzia di pagamento da parte del medico di fiducia della cassa.

Non vengono versate prestazioni per psicoterapie che perseguono scopi di autorealizzazione, sviluppo della personalità oppure di apprendimento. Inoltre non vengono rimborsate prestazioni in caso di trattamenti paralleli presso altri psicologi o psichiatri.

9.3 Rapporto con l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie

Le prestazioni psicoterapeutiche vengono fornite da questa categoria assicurativa solo finché sono incluse e coperte come prestazioni obbligatorie dell'assicurazione base.

10 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero, spese di viaggio

10.1 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero in casi d'emergenza

10.1.1 Entità delle prestazioni

Per le spese

- di trasporto medico d'urgenza fino all'ospedale adeguato più vicino mediante un mezzo di trasporto idoneo,
- di trasporto in un ospedale adeguato nel cantone di domicilio della persona assicurata per la degenza ospedaliera,
- per azioni di salvataggio, recupero e ricerca viene versata in totale la seguente prestazione:

CHF 40 000.- per anno civile

Per gli assicurati hospita i costi per i trasporti d'urgenza, il ritorno dagli ospedali e le azioni di salvataggio organizzati dalla 24h Helpline emergenze sono interamente coperti.

I trasporti aerei vengono assunti soltanto se sono assolutamente indispensabili per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2 Aliquota percentuale

Per il singolo caso il soggetto assicurato deve farsi carico del seguente importo di franchigia:

CHF 200.-

10.1.3 Prestazioni di terzi

In caso di sostegno a una guardia aerea o a un'organizzazione analoga, le spese vengono assunte solo se non sono state versate prestazioni da parte di queste organizzazioni. Restano riservate condizioni contrattuali di tenore diverso.

10.2 Spese di viaggio

Se non è possibile usufruire di un trattamento medico nel proprio luogo di domicilio o nelle immediate vicinanze e per questo motivo è necessario sottoporsi regolarmente a un trattamento fuori dal luogo di domicilio, viene erogato il seguente contributo alle spese di viaggio (mezzi di trasporto pubblici e taxi):

plus	al massimo CHF 100.- per anno civile
premium	al massimo CHF 400.- per anno civile

11 Partecipazione ai costi

Se non vengono limitate o se non è stato stabilito diversamente, le prestazioni delle presenti assicurazioni prevedono un'aliquota percentuale del 10%. In caso di trattamento medico volontario all'estero (premium), per le persone assicurate a partire dai 18 anni è prevista una franchigia annua pari alla franchigia ordinaria secondo la LAMal. La stessa franchigia si applica anche per le prestazioni di maternità.

Indice

1	Basi dell'assicurazione	3	Cure
1.1	Scopo	3.1	Cure di convalescenza
1.2	Assicuratore	3.2	Cure termali
1.3	Disposizioni comuni	3.3	Altre cure
1.4	Stipulazione dell'assicurazione	3.4	Procedura in caso di soggiorno di cura
1.5	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	4	Prestazioni particolari
1.5.1	In generale	4.1	Aiuto domiciliare
1.5.2	Ospedale per malattie acute	4.1.1	Principio
1.5.3	Elenco degli ospedali	4.1.2	Entità delle prestazioni
1.5.4	Cura extracantonale per motivi medici	4.1.3	Fornitori di prestazioni
1.6	Copertura dell'infortunio	4.2	Costi per trasporti, azioni di salvataggio e recupero in casi d'emergenza
1.7	Possibilità assicurative	4.3	Rooming-in
1.7.1	Categorie delle prestazioni	4.4	Servizio di custodia dei bambini
1.7.2	Ospedali con tariffa riconosciuta	4.4.1	Principio
1.7.3	Ospedali convenzionati hospita comfort	4.4.2	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni
1.7.4	Criteri mancanti, tariffe massime	4.4.3	Entità delle prestazioni
1.7.5	Classificazione degli ospedali	4.5	Treatmento medico di conseguenze d'infortuni (hospita infortunio privato)
2	Cura ospedaliera	4.5.1	Consulenza privata da parte di medici ospedalieri e medici che non sottostanno alla LAMal
2.1	Trattamenti acuti	4.5.2	Trattamenti medici d'urgenza all'estero
2.1.1	Condizione per l'erogazione delle prestazioni	5	Maternità
2.1.2	Entità delle prestazioni	5.1	Spese per la cura ospedaliera
2.1.3	Trattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore	5.2	Parto in una clinica ostetrica
2.1.4	Cure in un ospedale fuori elenco	5.2.1	Parto ospedaliero
2.1.5	Cura in un ospedale non convenzionato	5.2.2	Parto ambulatoriale
2.2	Cura di lunga durata	5.3	Aiuto domiciliare postparto
2.2.1	Definizione	5.3.1	Principio
2.2.2	Entità delle prestazioni	5.3.2	Parto in ospedale
2.3	Riabilitazione ospedaliera	5.3.3	Parto casalingo
2.4	Cliniche psichiatriche	5.4	hospita infortunio privato
2.5	Prestazioni all'estero	6	Supplemento infortunio
2.5.1	Urgenze		
2.5.2	Trattamento a scelta all'estero		
2.5.3	Procedura in caso di degenza all'ospedale		

7 Variante hospita con ribasso per assenza di prestazioni (RAP)

- 7.1 Principio**
- 7.2 Periodo di osservazione**
- 7.3 Gradi di ribasso**
- 7.4 Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni**
- 7.5 Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni**
- 7.6 Prestazioni di maternità**
- 7.7 Assicurazione più elevata**

8 Partecipazione ai costi hospita flex

- 8.1 Entità della partecipazione ai costi**

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

L'assicurazione hospita si prefigge l'assunzione dei costi non coperti per i trattamenti di malattie, infortuni e maternità in un ospedale per malattie acute. Essa corrisponde inoltre contributi per cure, trattamenti di lunga durata, aiuti domiciliari extraospedalieri (spitex) e spese di trasporto.

Le prestazioni hospita sono corrisposte a complemento delle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie secondo la LAMal (base). Delle spese complessive viene assunta al massimo quella parte di costi non coperta dall'assicurazione base oppure da un'altra assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie.

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è la Sympany Assicurazioni SA, Basilea (qui di seguito definito assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA sono parte integrante delle disposizioni di hospita. In caso di divergenze, le disposizioni di hospita precedono le disposizioni comuni.

1.4 Stipulazione dell'assicurazione

hospita può essere stipulata fino al compimento del 60° anno d'età. hospita infortunio privato può essere stipulata o può esistere unicamente con una delle seguenti categorie assicurative:

- plus, plus natura, premium, premium natura,
- complemento generale, complemento privato,
- altre varianti hospita. Eccezione: hospita privata, hospita globale

1.5 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

1.5.1 In generale

Le prestazioni vengono accordate solo se la cura è necessaria per motivi medici e se viene eseguita in un ospedale per malattie acute. I trattamenti devono essere eseguiti da fornitori di prestazioni riconosciuti ai sensi della LAMal.

1.5.2 Ospedale per malattie acute

Sono considerati ospedali per malattie acute gli istituti in grado di fornire quei servizi a livello medico e di cura che richiedono sorveglianza medica continua e che dispongono di quelle infrastrutture tecniche indispensabili alla cura di malattie, infortuni e al trattamento di parti.

1.5.3 Elenco degli ospedali

I trattamenti ospedalieri devono avvenire in strutture ospedaliere che, secondo l'art. 39 LAMal, figurano nell'elenco degli ospedali del cantone d'ubicazione o del cantone di domicilio.

In caso di trattamenti in altri ospedali vengono assicurate prestazioni ridotte.

1.5.4 Cura extracantonale per motivi medici

Il cantone di domicilio assume i costi supplementari di un'ospedalizzazione fuori cantone, motivata dal punto di vista medico, secondo le disposizioni legali (art. 41 cpv. 3 LAMal).

1.6 Copertura dell'infortunio

Nell'assicurazione hospita (eccetto hospita infortunio privato) è possibile escludere la copertura dell'infortunio.

L'assicurazione hospita infortunio privato assume i costi non coperti per il trattamento delle conseguenze di un infortunio nel reparto privato di un ospedale per malattie acute.

1.7 Possibilità assicurative

1.7.1 Categorie delle prestazioni

L'assicurazione hospita include le seguenti categorie di prestazioni:

hospita generale: reparto comune in un ospedale per malattie acute con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera (camera a più letti).

hospita semiprivata: reparto semiprivato in un ospedale per malattie acute con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera (camera a due letti).

hospita privata: reparto privato in un ospedale per malattie acute in tutta la Svizzera (camera a un letto).

hospita infortunio privato:

- trattamenti d'urgenza in caso di infortunio: reparto privato in un ospedale per malattie acute in tutto il mondo,
- trattamento delle conseguenze di infortunio: reparto privato in un ospedale per malattie acute in tutta la Svizzera.

hospita globale: reparto privato in un ospedale per malattie acute in tutto il mondo (camera a un letto).

hospita flex: reparto comune o semiprivato di un ospedale per malattie acute a scelta con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera o reparto privato di un ospedale per malattie acute a scelta con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera; con rispettiva partecipazione ai costi.

hospita comfort: cura medica di malattie acute e assistenza in un ospedale convenzionato comfort, analogamente alla copertura hospita generale (reparto comune). Spese di degenza in camera a uno o due letti a seconda della copertura assicurativa. Il grado di prestazioni hospita comfort può limitarsi a persone assicurate, domiciliate in una determinata regione.

1.7.2 Ospedali con tariffa riconosciuta

Sono considerati ospedali con tariffa riconosciuta gli ospedali con i quali l'assicuratore ha stipulato specifiche convenzioni per la determinazione delle tariffe. La cassa stila un elenco degli ospedali convenzionati, che può essere consultato in ogni momento.

1.7.3 Ospedali convenzionati hospita comfort

Sono considerati ospedali convenzionati hospita comfort gli ospedali con i quali l'assicuratore ha convenuto specifici accordi per la determinazione delle tariffe. La cassa stila un elenco degli ospedali hospita comfort che viene aggiornato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento.

1.7.4 Criteri mancanti, tariffe massime

Se un ospedale non conosce nessuno o altri criteri di classificazione per i reparti ospedalieri rispetto a quelli citati in queste condizioni, dal punto di vista tecnico-assicurativo vengono trattati come reparti privati. La cassa ha la facoltà di determinare tariffe massime per il reparto comune e per quello semiprivato, che fungono da criteri di classificazione per i reparti ospedalieri assicurati. Queste tariffe massime si basano sulle tariffe e convenzioni di un ospedale con tariffa riconosciuta analogo, situato nella regione di residenza della persona assicurata.

Le eventuali tariffe massime stabilite dalla cassa possono essere consultate presso la cassa stessa.

1.7.5 Classificazione degli ospedali

Gli ospedali che non adempiono questi criteri di classificazione, ovvero che non hanno un reparto comune e/o un reparto semiprivato, ma soltanto un reparto privato ai sensi di queste condizioni, figurano in un elenco della cassa che può essere consultato.

2 Cura ospedaliera

2.1 Trattamenti acuti

2.1.1 Condizione per l'erogazione delle prestazioni

hospita corrisponde prestazioni ospedaliere nella misura in cui e fino a quando la degenza ospedaliera della persona assicurata è necessaria ai sensi dell'assicurazione base.

2.1.2 Entità delle prestazioni

A complemento delle prestazioni dell'assicurazione base hospita si assume le spese in caso di degenza ospedaliera per quel reparto assicurato secondo la categoria assicurativa.

Non sono assicurati né la partecipazione ai costi della base, né i contributi giornalieri alle spese di degenza ospedaliera.

2.1.3 Trattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore

Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello assicurato, sono coperte al massimo le seguenti prestazioni:

hospita generale: le spese che sarebbero insorte nel reparto ospedaliero assicurato. Qualora non sia possibile calcolare tali spese, hospita corrisponderà il seguente forfait giornaliero:

CHF 30.- al giorno

hospita semiprivata: le spese che sarebbero insorte nel reparto ospedaliero assicurato. Qualora non sia possibile calcolare tali spese, hospita corrisponderà il seguente forfait giornaliero:

CHF 120.- al giorno

hospita comfort: ai soggetti assicurati che abbiano stipulato una copertura in hospita comfort che prevede una stanza con due posti letto vengono riconosciute, in caso di soggiorno in una stanza con letto singolo in un ospedale convenzionato comfort, le prestazioni corrispondenti alla propria copertura assicurativa.

Se trattamenti e degenza di un assicurato hospita comfort avvengono nel reparto semiprivato oppure privato di un ospedale convenzionato comfort, vengono parimenti corrisposte le prestazioni corrispondenti alla copertura assicurativa stipulata.

2.1.4 Cure in un ospedale fuori elenco

Se la cura avviene in un ospedale non riportato nell'elenco degli ospedali cantonali, sono corrisposte al massimo le seguenti prestazioni:

hospita generale/comfort	un importo forfetario di CHF 30.- al giorno
hospita semiprivata/privata/infortunio privato/flex	le spese supplementari risultanti dalla differenza tra il reparto comune e quello assicurato per la degenza in un ospedale di riferimento nel cantone di domicilio
hospita infortunio privato (emergenza) / globale	intera copertura dei costi

2.1.5 Cura in un ospedale non convenzionato

Se la cura di un assicurato hospita comfort avviene in un ospedale non figurante nell'elenco degli ospedali convenzionati comfort, vengono fornite al massimo le prestazioni corrispondenti al reparto comune oppure alla tariffa di riferimento di un ospedale convenzionato comfort nel cantone di domicilio.

2.2 Cura di lunga durata

2.2.1 Definizione

Danni uniformi e permanenti alla salute che richiedono una cura, però non un continuo picchetto medico sono considerati malattie croniche.

2.2.2 Entità delle prestazioni

hospita corrisponde i seguenti forfait giornalieri, se

- la cura di una persona malata cronica richiede la degenza in un ospedale appropriato e riconosciuto o
- la degenza in un ospedale per malattie acute assume carattere di trattamento di lunga durata.

Con un preavviso di un mese, l'assicuratore può in questi casi ridurre le proprie prestazioni. I giorni di degenza ospedaliera sono computati sulla durata delle prestazioni a partire dalla data del preavviso:

	Dal 1° al 90° giorno	Dal 91° al 180° giorno
hospita semiprivata/flex	CHF 50.-	CHF 25.-
hospita privata/infortunio privato	CHF 70.-	CHF 35.-
hospita globale	CHF 90.-	CHF 45.-

In caso di cura nel reparto assicurato queste prestazioni vengono corrisposte una volta nel corso di tre anni civili. Se la cura avviene in un reparto di livello inferiore rispetto a quello assicurato, secondo la variante hospita vengono erogate prestazioni per quel reparto nel quale avviene la cura.

2.3 Riabilitazione ospedaliera

Se il trattamento medico avviene in un sanatorio multifunzionale riconosciuto dalla cassa oppure in un reparto o una clinica di riabilitazione, per i primi 60 giorni hospita garantisce la piena copertura dei costi secondo le regolamentazioni per i trattamenti acuti. Tenendo conto della durata della degenza precedente, essa concede in seguito le prestazioni per trattamenti di lunga durata.

	Dal 61° al 90° giorno	Dal 91° al 180° giorno
hospita semiprivata/flex	CHF 50.-	CHF 25.-
hospita privata/infortunio privato	CHF 70.-	CHF 35.-
hospita globale	CHF 90.-	CHF 45.-

I sanatori o gli istituti di riabilitazione riconosciuti figurano in un elenco che può essere consultato in ogni momento presso la cassa.

2.4 Cliniche psichiatriche

In caso di degenza in una clinica psichiatrica, di trattamento psichiatrico in un ospedale per malattie acute o in una clinica specializzata, durante 90 giorni hospita garantisce la piena copertura dei costi secondo la regolamentazione per i trattamenti acuti. Da hospita infortunio privato non vengono corrisposte prestazioni.

Se la cura si protrae, per il trattamento nel corrispondente reparto vengono corrisposti i seguenti forfait giornalieri:

Dal 91° al 180° giorno	
hospita generale/comfort	CHF 20.-
hospita semiprivata/flex	CHF 50.-
hospita privata	CHF 70.-
hospita globale	CHF 90.-

Queste prestazioni vengono corrisposte una volta sull'arco di tre anni civili. Se la cura avviene in un reparto di livello inferiore rispetto a quello assicurato, secondo la variante hospita vengono erogate prestazioni per quel reparto nel quale avviene la cura.

2.5 Prestazioni all'estero

2.5.1 Urgenze

A complemento delle prestazioni dell'assicurazione base, hospita si assume le spese per la cura stazionaria in caso d'emergenza in un ospedale per malattie acute durante un soggiorno all'estero fino alla completa copertura delle spese nel reparto assicurato. Le prestazioni vengono corrisposte fino a quando un rientro in patria non è possibile dal punto di vista medico, al massimo tuttavia per un anno.

2.5.2 Trattamento a scelta all'estero

Le prestazioni di hospita globale vengono concesse anche se la persona assicurata si reca all'estero con l'intenzione di sottoporsi a delle cure. Per le altre categorie di prestazioni vengono fornite le stesse prestazioni come per la cura in un ospedale non figurante sull'elenco.

2.5.3 Procedura in caso di degenza all'ospedale

In caso di cura stazionaria occorre inoltrare immediatamente alla cassa, al più tardi entro 10 giorni dal ricovero, una domanda di garanzia di pagamento.

3 Cure

3.1 Cure di convalescenza

È di norma possibile scegliere liberamente gli istituti di cura con conduzione medica riconosciuti dall'assicuratore. Gli istituti di cura con conduzione medica riconosciuti figurano in un elenco che può essere consultato in ogni momento presso la cassa.

Per le cure di convalescenza prescritte dal medico che seguono una degenza ospedaliera quale paziente acuto, hospita corrisponde le seguenti prestazioni durante al massimo 21 giorni per ogni caso:

hospita generale/comfort	CHF 40.- al giorno
hospita semiprivata/flex	CHF 70.- al giorno
hospita privata/infortunio privato	CHF 90.- al giorno
hospita globale	CHF 110.- al giorno

3.2 Cure termali

hospita corrisponde le seguenti prestazioni durante un massimo di 21 giorni per anno civile:

hospita generale/comfort	CHF 10.- al giorno
hospita semiprivata/flex	CHF 20.- al giorno
hospita privata/infortunio privato	CHF 30.- al giorno
hospita globale	CHF 40.- al giorno

È concessa la libera scelta fra gli stabilimenti termali a conduzione medica riconosciuti dalla cassa. L'elenco degli stabilimenti termali riconosciuti viene costantemente aggiornato o completato e può essere consultato in ogni momento presso la cassa.

Il contributo alle cure termali viene corrisposto indipendentemente dal fatto che la persona assicurata si sottoponga a cure stazionarie nello stabilimento termale oppure risieda in un albergo, una pensione o presso privati nel luogo dello stabilimento termale.

La cassa può richiedere una visita d'entrata da parte del medico dello stabilimento termale, nonché un controllo d'uscita con rapporto finale all'attenzione del medico che ha prescritto la cura.

3.3 Altre cure

Su richiesta del medico di fiducia della cassa può essere versato un importo forfetario fino all'ammontare del contributo della cura termale in caso di indicazione medica speciale per altre cure prescritte dal medico.

3.4 Procedura in caso di soggiorno di cura

La prescrizione medica per un soggiorno di cura deve essere presentata alla cassa due settimane prima dell'inizio della cura, inclusa la diagnosi.

In caso d'interruzione di una cura, le spese parziali possono essere assunte solo se l'interruzione avviene a causa di malattia o di altri motivi imperativi e se il medico di cura ha allestito un rispettivo certificato.

4 Prestazioni particolari

4.1 Aiuto domiciliare

4.1.1 Principio

Qualora una degenza ospedaliera possa essere evitata o abbreviata, hospita, su prescrizione medica, versa contributi per un aiuto domiciliare, nella misura in cui le condizioni sanitarie, domiciliari e familiari lo esigano.

4.1.2 Entità delle prestazioni

hospita concede un contributo per anno civile per le spese per l'assistenza domiciliare riconosciuta. Le prestazioni vengono corrisposte anche in mancanza di un contratto tra fornitori di prestazioni e assicuratore.

Le prestazioni sono erogate come segue:

hospita generale/comfort	fino a CHF 20.- al giorno, max. CHF 280.-
hospita semiprivata/flex	fino a CHF 35.- al giorno, max. CHF 490.-
hospita privata/infortunio privato	fino a CHF 45.- al giorno, max. CHF 630.-
hospita globale	fino a CHF 55.- al giorno, max. CHF 770.-

Se la persona assicurata è responsabile dell'accudimento di almeno un figlio sono assicurati i doppi contributi.

In caso di degenza in casa di cura non vengono erogate prestazioni.

4.1.3 Fornitori di prestazioni

Come aiuto domiciliare viene riconosciuto chi professionalmente per proprio conto o contrattualmente per un'organizzazione spitex riconosciuta dall'assicuratore si occupa del governo della casa in rappresentanza della persona assicurata.

I contributi vengono versati anche se questo aiuto viene prestato da familiari della persona assicurata e gli stessi familiari sono pertanto colpiti da una perdita di guadagno che può essere documentata o possono dimostrare le relative spese di viaggio.

Invece delle prestazioni per l'aiuto domiciliare possono essere versati gli stessi contributi per le prestazioni di cura da parte di imprese commerciali (Spitex), se queste non dovessero essere indennizzate dall'assicurazione base.

4.2 Costi per trasporti, azioni di salvataggio e di recupero in caso d'emergenza

Alle spese per

- trasporti d'urgenza necessari dal punto di vista medico, fino all'ospedale più vicino con un mezzo di trasporto adatto alle circostanze,
- ritorno in un ospedale idoneo nel cantone di domicilio della persona assicurata per sottoporsi a un trattamento stazionario,
- per azioni di salvataggio e recupero, dall'assicurazione hospita vengono corrisposti complessivamente i seguenti contributi:

hospita generale/comfort	CHF 10 000.- per anno civile Franchigia CHF 100.-/caso
hospita semiprivata/flex	CHF 30 000.- per anno civile
hospita privata/infornio privato	CHF 50 000.- per anno civile
hospita globale	illimitati

Per gli assicurati plus, premium, complemento generale e complemento privato i costi per i trasporti d'urgenza, il ritorno dagli ospedali e le azioni di salvataggio organizzati dalla 24h Helpline emergenze, vengono coperti per intero. Sono esclusi dalla prestazione la copertura della franchigia nelle categorie assicurative plus, premium, complemento generale o complemento privato.

I trasporti aerei vengono assunti soltanto se sono assolutamente indispensabili per ragioni mediche e tecniche.

In caso di sostegno a una guardia aerea o a un'organizzazione analoga, le spese vengono assunte solo se non sono state versate prestazioni da parte di queste organizzazioni. Restano riservate condizioni contrattuali di tenore diverso.

4.3 Rooming-in

Qualora un bambino piccolo debba essere sottoposto a trattamento stazionario, hospita, nel quadro dell'assicurazione del bambino, rimborsa una quota dei costi per il soggiorno contemporaneo di uno dei genitori nella stanza del bambino.

50%, fino al massimo CHF 50.- al giorno

Qualora uno dei genitori debba essere sottoposto a trattamento stazionario, hospita, nel quadro dell'assicurazione del genitore, rimborsa il soggiorno contemporaneo del bambino piccolo nella stanza del genitore.

50%, fino al massimo CHF 50.- al giorno

4.4 Servizio di custodia dei bambini

4.4.1 Principio

L'assicurazione hospita del bambino assicurato versa contributi a favore del servizio di assistenza e cure prestato da un'istituzione riconosciuta dalla cassa a bambini fino al 12° anno di età, a condizione che esista una regolamentazione contrattuale tra la cassa e questa istituzione.

4.4.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte se il bambino necessita di assistenza e cure secondo la valutazione di un'istituzione riconosciuta a causa di una malattia acuta o di un infortunio.

L'erogazione delle prestazioni è limitata esclusivamente all'assistenza e alle cure da parte di personale specializzato incaricato. I bambini hanno diritto alle prestazioni a condizione che i genitori o i tutori esercitino un'attività lavorativa.

4.4.3 Entità delle prestazioni

Per il servizio di assistenza e cura del bambino assicurato hospita versa i seguenti contributi:

fino a CHF 30.- all'ora, al massimo CHF 600.- per anno civile

4.5 Trattamento medico di conseguenze d'infortuni (hospita infortunio privato)

4.5.1 Consulenza privata da parte di medici ospedalieri e medici che non sottostanno alla LAMal

Se la persona assicurata non è coperta con premium o complemento privato, hospita infortunio privato corrisponde prestazioni ai sensi della tariffa LAMal riconosciuta per consulenze ambulatoriali private presso primari di ospedali universitari e per cure di medici che non sottostanno alla LAMal.

4.5.2 Trattamenti medici d'urgenza all'estero

Se la persona assicurata non dispone della copertura premium o complemento privato, in caso di trattamento medico d'urgenza all'estero, hospita infortunio privato copre tutte le spese in aggiunta alle prestazioni dell'assicurazione base.

5 Maternità

5.1 Spese per la cura ospedaliera

hospita assume per la madre e il neonato i costi non coperti relativi al parto in ospedale o in una clinica ostetrica, conformemente alla categoria assicurativa stipulata dalla madre.

Se il neonato non è assicurato presso Sympany, hospita della madre ne assume i costi non coperti a complemento dell'assicurazione del neonato stipulata altrove.

Se la madre non è assicurata presso Sympany, hospita del neonato ne assume i costi non coperti a complemento all'assicurazione della madre.

5.2 Parto in una clinica ostetrica

5.2.1 Parto ospedaliero

In caso di parto in una clinica ostetrica non figurante sull'elenco degli ospedali cantonali ma riconosciuta dalla cassa vengono corrisposte le seguenti prestazioni:

hospita generale/comfort	da 90%, a max. CHF 1 000.- per parto
hospita semiprivata/flex	da 90%, a max. CHF 2 000.- per parto
hospita privata/globale	piena copertura dei costi

Per gli assicurati hospita flex la partecipazione supplementare alle spese secondo le disposizioni hospita flex decade.

5.2.2 Parto ambulatoriale

In caso di parto ambulatoriale in una clinica ostetrica riconosciuta dalla cassa, le prestazioni complementari non coperte dall'assicurazione di base vengono versate conformemente all'art. 5.2.1.

5.3 Aiuto domiciliare postparto

5.3.1 Principio

hospita corrisponde contributi alle spese per aiuti domiciliari prescritti da un medico e dispensati da personale riconosciuto dall'assicuratore. Tali contributi sono corrisposti in sostituzione delle prestazioni hospita spitex.

Le prestazioni sono parimenti corrisposte, anche se l'aiuto è prestato da familiari della persona assicurata, in grado di dimostrare di aver subito per questo motivo una perdita di guadagno.

5.3.2 Parto in ospedale

Successivamente a un parto in ospedale vengono corrisposti i seguenti contributi:

hospita generale/comfort	fino a CHF 40.- al giorno, max. CHF 560.-
hospita semiprivata/flex	fino a CHF 70.- al giorno, max. CHF 980.-
hospita privata	fino a CHF 90.- al giorno, max. CHF 1260.-
hospita globale	fino a CHF 110.- al giorno, max. CHF 1540.-

5.3.3 Parto casalingo

In caso di parto casalingo o a seguito di un parto ambulatoriale vengono corrisposti i seguenti contributi:

hospita generale/comfort	fino a CHF 60.- al giorno, max. CHF 840.-
hospita semiprivata/flex	fino a CHF 105.- al giorno, max. CHF 1470.-
hospita privata	fino a CHF 135.- al giorno, max. CHF 1890.-
hospita globale	fino a CHF 165.- al giorno, max. CHF 2310.-

5.4 hospita infortunio privato

hospita infortunio privato non prevede prestazioni in caso di maternità (eccetto la regolamentazione concernente il rooming-in).

6 Supplemento infortunio

In seguito a una degenza ospedaliera stazionaria causata da un infortunio vengono assunti i mezzi ausiliari necessari al trattamento delle conseguenze dell'infortunio, secondo la prassi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Nella stessa misura vengono assunti i costi per i mezzi ausiliari che sostituiscono una parte o una funzione corporea, se queste sono state danneggiate da un infortunio che ha richiesto un trattamento ospedaliero.

7 Variante hospita con ribasso per assenza di prestazioni (RAP)

7.1 Principio

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

7.2 Periodo di osservazione

È considerato periodo d'osservazione un lasso di tempo compreso tra il 1° settembre o la data di decorrenza assicurativa fino al 31 agosto dell'anno successivo. Determinante per il calcolo delle prestazioni durante il periodo d'osservazione risulta la data d'elaborazione di una fattura.

7.3 Gradi di ribasso

Nella categoria assicurativa hospita con ribasso per assenza di prestazioni sono integrati i seguenti gradi di ribasso o i seguenti premi:

Grado di ribasso RAP hospita	Premio con ribasso per assenza di prestazioni hospita RAP hospita
0	premio ordinario hospita +20%
1	premio ordinario hospita
2	premio ordinario hospita -30%

Il premio di hospita con ribasso per assenza di prestazioni figura sulla polizza d'assicurazione. All'inizio di un nuovo periodo d'assicurazione l'assicurazione può introdurre nuovi gradi di ribasso o adeguare i ribassi dello sviluppo dei costi.

7.4 Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni

Se, all'interno dello stesso grado di ribasso, la persona assicurata non ha beneficiato di prestazioni durante tre periodi d'osservazione consecutivi, l'assicurazione hospita con ribasso per assenza di prestazioni prevede un adeguamento di grado a partire dal 1° gennaio del quarto anno, a condizione che la persona assicurata non abbia già raggiunto il grado 2 (ribasso massimo).

7.5 Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni

Se durante il periodo d'osservazione la persona assicurata ha percepito prestazioni, la retrogradazione avviene il 1° gennaio dell'anno successivo (al massimo fino al grado di ribasso 0).

7.6 Prestazioni di maternità

Costi per trattamenti ospedalieri conseguenti a maternità e aiuto domestico dopo il parto non influiscono sul conteggio o non sono considerati beneficio di prestazioni e non incidono pertanto sull'adeguamento di grado.

7.7 Assicurazione più elevata

Un passaggio da hospita con ribasso per assenza di prestazioni all'assicurazione hospita ordinaria è possibile solo previa dichiarazione dello stato di salute. Sono esclusi gli assicurati nel grado con il ribasso massimo e senza beneficio delle prestazioni nell'attuale periodo d'osservazione.

8 Partecipazione ai costi hospita flex

8.1 Entità della partecipazione ai costi

Grazie ad hospita flex la persona assicurata ha la possibilità di scegliere personalmente il reparto prima del ricovero ospedaliero. Con la scelta del reparto viene contemporaneamente stabilita la partecipazione ai costi.

A dipendenza del reparto scelto, in caso di trattamento ospedaliero a scadenza annuale occorre partecipare alle spese delle prestazioni hospita flex come segue:

Reparto di cura	Tre possibilità di scelta di partecipazione ai costi per prestazioni di hospita flex		
	Variante 1	Variante 2	Variante 3
Reparto comune	nessuna	nessuna	nessuna
Reparto semiprivato	25% fino ad un massimo di CHF 3000.- per anno civile	15% fino ad un massimo di CHF 1500.- per anno civile	nessuna
Reparto privato	Nessuna copertura dei costi a carico di Sympany	25% fino ad un massimo di CHF 4500.- per anno civile	20% fino ad un massimo di CHF 3000.- per anno civile
Massima partecipazione ai costi per famiglie*	CHF 3000 per anno civile	CHF 4500 per anno civile	CHF 3000 per anno civile

Questa partecipazione ai costi vale anche in caso di maternità.

La partecipazione ai costi decade, se secondo le presenti disposizioni assicurative, da hospita vengono versati soltanto importi forfetari. Fanno eccezione le prestazioni assicurate

di hospita all'estero che sono soggette ad una corrispondente partecipazione ai costi.

La partecipazione ai costi può essere adattata allo sviluppo delle spese.

La partecipazione ai costi legale nell'ambito dell'assicurazione base viene fatturata a titolo aggiuntivo.

* Se due o più persone che vivono nella stessa economia domestica (polizza di famiglia) sono assicurate con **hospita flex**, è possibile chiedere la restituzione delle partecipazioni ai costi che superano l'importo massimo. Se nell'ambito di una polizza di famiglia le persone sono assicurate in differenti varianti **flex** e con differenti partecipazioni ai costi, si applica la partecipazione ai costi massima di CHF 4500.

Indice

1	Basi dell'assicurazione	4	Maternità
1.1	Scopo	4.1	Costi per il trattamento ospedaliero
1.2	Assicuratore	4.2	Parto in una clinica ostetrica
1.3	Disposizioni comuni	5	Assistance all'estero
1.4	Persone assicurate	5.1	Prestazioni ulteriori di Assistance
1.5	Passaggio automatico alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist	5.2	Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario
1.6	Passaggio anticipato alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist	5.3	Anticipo spese a un ospedale
1.7	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	5.4	Informazione di congiunti in patria
1.7.1	In generale	5.5	Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero
1.7.2	Ospedali per malattie acute	5.6	Consulenza medica da parte di medici
1.7.3	Elenco degli ospedali	5.7	Esclusione delle prestazioni
1.7.4	Cura extracantonale per motivi medici	5.8	Obblighi in caso di sinistro
1.7.5	Ospedali con tariffa riconosciuta	5.8.1	Informazione della 24h Helpline emergenze
1.7.6	Criteri mancanti, tariffe massime	5.8.2	Esonero dal segreto professionale
2	Cura ambulatoriale	5.8.3	Rivendicazione del diritto
2.1	Trattamenti medici al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro	5.8.4	Compensazione di biglietti ferroviari o aerei
2.2	Trattamenti d'urgenza all'estero	6	Supplemento infortunio
2.3	Durata delle prestazioni	7	Prevenzione
3	Cura ospedaliera	7.1	Vaccinazioni
3.1	Trattamenti acuti	7.2	Visita ginecologica preventiva
3.1.1	Entità delle prestazioni	7.3	Mettersi in forma
3.1.2	Trattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore	7.4	Rimanere in forma
3.1.3	Trattamenti in ospedali fuori elenco	8	Mezzi ausiliari
3.2	Riabilitazione ospedaliera	8.1	Mezzi visivi
3.3	Cliniche psichiatriche	8.2	Ulteriori mezzi ausiliari
3.4	Prestazioni all'estero in caso di urgenze	9	Trattamenti dentistici/denti del giudizio
		9.1	In generale
		9.2	Fornitori di prestazioni e tariffe
		9.3	Trattamento all'estero

10 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero

- 10.1 Costi per trasporti, azioni di salvataggio e recupero in casi d'emergenza**
- 10.1.1 Entità delle prestazioni
- 10.1.2 Aliquota percentuale
- 10.1.3 Prestazioni di terzi

11 Variante salto con ribasso in assenza di prestazioni (RAP)

- 11.1 Principio**
- 11.2 Periodo di osservazione**
- 11.3 Gradi di ribasso**
- 11.4 Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni**
- 11.5 Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni**
- 11.6 Prestazioni di maternità**
- 11.7 Assicurazione più elevata**

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

salto corrisponde prestazioni non coperte per i trattamenti ambulatoriali e ospedalieri, nonché per le urgenze all'estero.

salto corrisponde prestazioni per trattamenti medici al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro, vaccinazioni, mezzi ausiliari, estrazioni dei denti del giudizio, costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero e per corsi di promozione della salute.

salto si assume inoltre i costi non coperti per trattamenti extracantonali di malattie, infortuni e maternità in un ospedale per malattie acute.

In aggiunta salto corrisponde contributi ai costi non coperti per trattamenti d'urgenza all'estero in caso di malattia, infortunio o parto prematuro, nonché per servizi durante viaggi d'affari o di vacanza o di soggiorno al di fuori del domicilio.

Le prestazioni di salto vengono fornite a titolo aggiuntivo a tutte le altre categorie assicurative stipulate presso Sympany.

salto corrisponde prestazioni a complemento dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie (base). Dei costi complessivi viene assunta al massimo quella parte non coperta da un'altra assicurazione sociale (incl. base presso un altro assicuratore).

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è la Sympany Assicurazioni SA, Basilea (qui di seguito definita assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA sono parte integrante delle disposizioni di salto. In caso di divergenze le disposizioni di salto precedono le disposizioni comuni.

1.4 Persone assicurate

salto può essere stipulata dal 19° anno d'età fino al compimento del 30° anno d'età.

1.5 Passaggio automatico alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist

salto si estingue il 31 dicembre dell'anno in cui si compie il 32° anno d'età. Il passaggio automatico nelle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist avviene il 1° gennaio dell'anno successivo, senza nuova dichiarazione sullo stato di salute. Eventuali limitazioni di copertura esistenti secondo le disposizioni comuni vengono riprese e continuate senza modifiche.

1.6 Passaggio anticipato alle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist

Un passaggio anticipato nelle categorie assicurative plus, hospita generale e tourist è possibile senza nuova dichiarazione sullo stato di salute, con effetto dal 1° gennaio di ogni anno. Lo stesso diritto di passaggio viene garantito per un passaggio all'assicurazione mondial, anche nel corso dell'anno.

In caso di gravidanza, il passaggio o il cambiamento è possibile durante l'anno. Eventuali limitazioni di copertura esistenti secondo le disposizioni comuni vengono riprese e continuate senza modifiche.

1.7 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

1.7.1 In generale

Le prestazioni vengono corrisposte soltanto se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dalla cassa. Per quanto attiene al riconoscimento delle rispettive persone è necessario richiedere informazioni alla cassa.

In caso di trattamento ospedaliero, le prestazioni vengono corrisposte soltanto se la persona assicurata deve essere ricoverata in ospedale conformemente alla base e se la cura viene effettuata in un ospedale per malattie acute. I trattamenti devono essere eseguiti da fornitori di prestazioni riconosciuti ai sensi della LAMal.

1.7.2 Ospedali per malattie acute

Sono considerati ospedali per malattie acute gli istituti in grado di fornire quei servizi a livello medico e di cura che richiedono sorveglianza medica continua e che dispongono di quelle infrastrutture tecniche, indispensabili alla cura di malattie, infortuni e al trattamento di parti.

1.7.3 Elenco degli ospedali

I trattamenti ospedalieri devono inoltre avvenire in strutture ospedaliere che, secondo l'art. 39 LAMal, figurano nell'elenco degli ospedali del cantone d'ubicazione o del cantone di domicilio. In caso di trattamenti in altri ospedali vengono assicurate prestazioni ridotte.

1.7.4 Cura extracantonale per motivi medici

Il cantone di domicilio assume i costi supplementari di un'ospedalizzazione fuori cantone, motivata dal punto di vista medico, secondo le disposizioni legali (art. 41 cpv. 3 LAMal).

1.7.5 Ospedali con tariffa riconosciuta

Sono considerati ospedali con tariffa riconosciuta quegli ospedali con i quali l'assicuratore ha stipulato specifiche convenzioni per la determinazione delle tariffe. La cassa stila un elenco degli ospedali convenzionati, che può essere consultato in ogni momento.

1.7.6 Criteri mancanti, tariffe massime

Se per i reparti ospedalieri, un ospedale non conosce alcun criterio o conosce criteri diversi da quelli descritti nelle presenti disposizioni, a livello assicurativo questi vengono considerati come reparto ospedaliero privato. L'assicuratore ha la facoltà di determinare tariffe massime per il reparto comune, che fungono da criteri di classificazione per le tariffe e le convenzioni di un ospedale con tariffa riconosciuta analoga situato nella regione di residenza della persona assicurata.

Le eventuali tariffe massime stabilite dall'assicuratore possono essere consultate presso la cassa.

2 Cura ambulatoriale

2.1 Trattamenti medici al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro

In aggiunta alle prestazioni dell'assicurazione base, le cure da parte di medici della cassa aderenti alla LAMal che avvengono al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata sono interamente coperte secondo la tariffa LAMal valida nel luogo di cura.

2.2 Trattamenti d'urgenza all'estero

In caso di trattamento medico d'urgenza all'estero, salto pre-

vede la piena copertura dei costi a complemento delle prestazioni della base.

2.3 Durata delle prestazioni

Per quanto non previsto diversamente dalle condizioni salto, le prestazioni vengono corrisposte senza limiti di tempo.

3 Cura ospedaliera

3.1 Trattamenti acuti

3.1.1 Entità delle prestazioni

salto assume i costi delle prestazioni in reparto comune in un ospedale per malattie acute con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera (camera a più letti) a complemento delle prestazioni della base.

Non sono assicurati né la partecipazione ai costi della base, né i contributi giornalieri alle spese di degenza ospedaliera.

3.1.2 Trattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore

Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello assicurato, vengono coperte al massimo le spese che sarebbero insorte nel reparto ospedaliero assicurato. Se non è possibile determinare questi costi, salto prevede un importo forfetario.

CHF 30.- al giorno

3.1.3 Trattamenti in ospedali fuori elenco

Se il trattamento avviene in un ospedale non figurante sull'elenco degli ospedali cantonali, è coperto al massimo un importo forfetario.

CHF 30.- al giorno

3.2 Riabilitazione ospedaliera

Se il trattamento medico avviene in un sanatorio multifunzionale riconosciuto dall'assicuratore oppure in un reparto o una clinica di riabilitazione, per i primi 60 giorni salto garantisce la piena copertura dei costi secondo le regolamentazioni per i trattamenti acuti.

I sanatori o gli istituti di riabilitazione riconosciuti figurano in un elenco che può essere consultato in ogni momento presso la cassa.

3.3 Cliniche psichiatriche

In caso di degenza ospedaliera in una clinica psichiatrica, trattamento psichiatrico in un ospedale per malattie acute o in una clinica specializzata, salto si assume per 90 giorni l'intera copertura dei costi secondo le regolamentazioni per i trattamenti acuti.

Queste prestazioni vengono corrisposte una volta nel corso di tre anni civili.

3.4 Prestazioni all'estero in caso di urgenze

A complemento delle prestazioni dell'assicurazione base salto assume i costi per i trattamenti stazionari d'urgenza in un ospedale per malattie fino alla piena copertura nel reparto comune nel corso di un soggiorno temporaneo all'estero. Se dovessero insorgere costi maggiori, salto assume le prestazioni aggiuntive di Assistance.

Le prestazioni vengono corrisposte fino a quando un rientro in patria non è possibile dal punto di vista medico, al massimo tuttavia per un anno. In caso di trattamento stazionario va

immediatamente, o al più tardi entro 10 giorni dal ricovero, presentata alla cassa una garanzia di pagamento.

4 Maternità

4.1 Costi per il trattamento ospedaliero

salto copre i costi di un parto in ospedale non coperti dalla base, nel reparto comune in tutta la Svizzera per la madre.

Se per il neonato non sussiste alcuna assicurazione corrispondente, l'assicurazione salto della madre si assume i costi non coperti del bambino in ospedale, nel reparto comune in tutta la Svizzera.

4.2 Parto in una clinica ostetrica

In caso di parto in una casa parto riconosciuta che non sia riportata in nessun elenco ospedali cantonale, salto eroga i seguenti contributi per parto:

90%, fino al max. CHF 1000.-

5 Assistance all'estero

5.1 Prestazioni ulteriori di Assistance

Relativamente ai viaggi fino al massimo 100 giorni per anno civile, vengono assunte a partire dall'inizio del viaggio le spese non assicurate per trattamenti ospedalieri, viaggi di visita e viaggi di ritorno extra, spese di trasporto e interventi di soccorso a carico di Assistance per il seguente importo.

massimo CHF 50 000.-

Sono escluse le partecipazioni alle spese e le franchigie.

5.2 Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario

Se una persona assicurata si ammala gravemente o subisce un grave infortunio e deve essere ricoverata all'ospedale per oltre 7 giorni, l'assicuratore organizza e paga a una persona a lei vicina un viaggio di visita per permettere a quest'ultima di assisterla (biglietto ferroviario 1ª classe, biglietto aereo classe economica).

Se per necessità mediche una persona assicurata deve essere trasportata in patria in un ospedale confacente nel cantone di domicilio per una degenza ospedaliera, la 24h Helpline emergenze organizza il rimpatrio straordinario di familiari o di una persona vicina all'assicurato. Risultano coperte unicamente le spese supplementari.

Se una persona assicurata si ammala o subisce un infortunio e a causa di una degenza ospedaliera non è in grado di affrontare il rientro, la 24h Helpline emergenze organizza il rimpatrio straordinario della persona assicurata, dei familiari in viaggio con lei o di una persona vicina. Risultano coperte unicamente le spese supplementari.

5.3 Anticipo spese a un ospedale

Qualora un soggetto assicurato debba essere ricoverato in un ospedale all'estero, l'assicuratore provvede, se necessario, a versare un anticipo sulle spese ospedaliere nella seguente misura:

Fino a CHF 20 000.-.

Se una parte dell'importo anticipato non è coperto dall'assicurazione stipulata, essa sarà addebitata alla persona assicurata. La somma richiesta va in questo caso rimborsata entro 30 giorni.

5.4 Informazione di congiunti in patria

Se la 24h Helpline emergenze organizza dei provvedimenti, essa informa i familiari della persona assicurata in merito alle circostanze ed alle misure adottate.

5.5 Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero

All'occorrenza la 24h Helpline emergenze intermedia ai propri assicurati un medico o un ospedale nelle vicinanze del luogo di soggiorno. In caso di difficoltà linguistiche essa fornisce anche un supporto alla traduzione.

5.6 Consulenza medica da parte di medici

Se durante il viaggio la persona assicurata necessita di aiuto, di cui non può avvalersi sul luogo, i medici della 24h Helpline emergenze forniscono una consulenza medica.

Tale consulenza va intesa unicamente come consiglio e non può in nessun caso essere considerata una diagnosi.

5.7 Esclusione delle prestazioni

In aggiunta alle restrizioni delle prestazioni delle disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA, non sussiste alcun diritto alle prestazioni

- per malattie e conseguenze d'infortuni esistenti già al momento della partenza o il cui subentrare poteva essere individuato dalla persona assicurata già al momento della partenza e un trattamento medico era quindi prevedibile,
- se la persona assicurata si reca all'estero con l'intenzione di sottoporsi a trattamenti e cure oppure di partorire,
- se la 24h Helpline emergenze non ha accordato il proprio consenso ad azioni di ricerca, trasporti di rimpatrio o viaggi di rimpatrio straordinari.

Se un trasporto d'urgenza o un rimpatrio non è possibile a causa di condizioni esterne come scioperi, tumulti, violenze, gravi sinistri industriali, radioattività, catastrofi naturali, epidemie o forza maggiore, non se ne può esigere l'organizzazione e l'esecuzione.

5.8 Obblighi in caso di sinistro

5.8.1 Informazione della 24h Helpline emergenze

In caso di improvvisa malattia, infortunio e parto prematuro in Svizzera e all'estero che richiedono un ricovero ospedaliero o misure di soccorso, è indispensabile informare immediatamente la 24h Helpline emergenze.

5.8.2 Esonero dal segreto professionale

La persona assicurata esonera i medici curanti e l'ulteriore personale medico nonché eventuali altri assicuratori dal segreto professionale nei confronti della 24h Helpline emergenze o nei confronti dell'assicuratore stesso.

5.8.3 Rivendicazione del diritto

La persona assicurata è tenuta a inoltrare immediatamente alla cassa il suo diritto alle prestazioni, mettendo a disposizione tutte le informazioni e i dati di carattere medico o amministrativo indispensabili. Vengono riconosciute unicamente fatture originali leggibili e dettagliate. Se i dettagli contenuti nelle fatture risultano insufficienti e su esplicita richiesta le informazioni supplementari non vengono messe a disposizione, le prestazioni vengono determinate con equo apprezzamento.

5.8.4 Compensazione di biglietti ferroviari o aerei

I biglietti ferroviari o aerei inutilizzati vanno spontaneamente inoltrati alla cassa. Se i biglietti ormai inutilizzabili vengono venduti o sono stati rimborsati da terzi, le indennità ricevute

saranno computate sulle prestazioni assicurative. In caso di mancata osservanza di questo obbligo, l'assicuratore può esigere dall'assicurato interessato il rimborso di un importo determinato con equo apprezzamento o di compensare tale importo con il diritto alle prestazioni.

6 Supplemento infortunio

In seguito a una degenza ospedaliera causata da un infortunio vengono assunti i mezzi ausiliari necessari al proseguimento del trattamento, secondo la prassi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Nella stessa misura vengono assunti i costi per i mezzi ausiliari che sostituiscono una parte o una funzione corporea, se questi sono stati danneggiati da un infortunio che richiede un trattamento ospedaliero.

Su queste prestazioni viene versata un'aliquota percentuale del 10%.

7 Prevenzione

7.1 Vaccinazioni

Le spese per le vaccinazioni anti-infettive vengono rimborsate nella seguente misura:

il 90%, delle spese effettive, al massimo CHF 220.- per anno civile

Non vengono erogate prestazioni per vaccinazioni legate alla professione, la cui efficacia è contestata medicalmente o che sono ancora nello stadio di ricerca.

7.2 Visita ginecologica preventiva

Per ogni anno civile vengono assunte le spese di un esame ginecologico preventivo secondo la tariffa LAMaI, a condizione che in quell'anno civile non vengano versate relative prestazioni da un'assicurazione LAMaI.

Su queste prestazioni occorre versare un'aliquota percentuale del 10%.

7.3 Mettersi in forma

Per le spese certificate di corsi riconosciuti dalla cassa intesi a promuovere comportamenti sani (per es. disassuefazione dal fumo, corsi di ginnastica per la schiena, consulenza nutrizionistica), salto eroga il seguente contributo:

CHF 150.- per anno civile

L'assicuratore determina i corsi di promozione della salute riconosciuti. L'elenco dei corsi riconosciuti viene continuamente aggiornato e può essere consultato in ogni momento presso la cassa.

7.4 Rimanere in forma

Possono essere corrisposti contributi per ulteriori misure preventive riconosciute come sport, fitness e corsi di rilassamento.

Complessivamente al massimo CHF 200.- per anno civile

La cassa definisce le istituzioni riconosciute, le misure preventive, i contributi ai costi e i limiti delle prestazioni. L'elenco delle istituzioni riconosciute, delle misure preventive, delle partecipazioni ai costi e dei limiti delle prestazioni viene aggiornato o integrato costantemente e può essere preso in visione in qualsiasi momento presso la cassa.

8 Mezzi ausiliari

8.1 Mezzi visivi

Per lenti di occhiali e lenti a contatto necessarie per la correzione visiva viene erogato il seguente importo:

CHF 420.- nel corso di 3 anni civili

8.2 Ulteriori mezzi ausiliari

Le spese di noleggio o acquisto di strumenti ausiliari necessari e adattati allo stato di salute, e per i quali l'assicurazione base non eroga alcuna prestazione, possono essere rimborsate su indicazione medica.

Il 50%, fino a un massimo di CHF 250.- per anno civile

La cassa definisce gli strumenti ausiliari riconosciuti.

L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti è costantemente aggiornato o completato ed è possibile consultarlo in ogni momento presso la cassa.

Non sono assicurati i costi risultanti dall'esercizio, dalla manutenzione e dalla riparazione di tali mezzi ausiliari.

9 Trattamenti dentistici/denti del giudizio

9.1 In generale

L'assicurazione copre i costi per l'estrazione dei denti del giudizio. Se il trattamento avviene in ospedale, vengono assunti costi fino all'ammontare del forfait giornaliero per il reparto comune nel cantone di domicilio, stabilito contrattualmente. Su queste prestazioni viene applicata un'aliquota percentuale del 10%.

9.2 Fornitori di prestazioni e tariffe

Il versamento avviene secondo la tariffa valida per le prestazioni dentistiche dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie. Se un dentista applica una tariffa più elevata rispetto a quella per l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, la differenza è a carico della persona assicurata.

Sono dentisti coloro in possesso di un rispettivo diploma federale o di un diploma equivalente, o coloro ai quali il cantone sulla base del conseguimento di un attestato scientifico ha fornito l'autorizzazione di esercitare la professione.

9.3 Trattamento all'estero

I trattamenti all'estero vengono coperti solo se il personale medico dispone di una formazione equivalente ad una formazione svizzera e i costi non sono superiori a quelli vigenti in Svizzera.

10 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero

10.1 Costi per trasporti, azioni di salvataggio e recupero in casi d'emergenza

10.1.1 Entità delle prestazioni

Per i costi

- di trasporti di emergenza necessari per ragioni mediche, effettuati con un mezzo di servizio, verso l'ospedale adatto più vicino,
- di trasporto in un ospedale adeguato nel cantone di domicilio della persona assicurata per la degenza ospedaliera,

- per azioni di salvataggio recupero e ricerca viene versata in totale la seguente prestazione:

CHF 40 000.- per anno civile

Se insorgono spese superiori a tale importo, salto eroga prestazioni supplementari per gli interventi di trasporto e di soccorso a carico di Assistance.

I trasporti aerei vengono assunti soltanto se sono assolutamente indispensabili per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2 Aliquota percentuale

Per il singolo caso il soggetto assicurato deve farsi carico del seguente importo di franchigia:

CHF 100.-

10.1.3 Prestazioni di terzi

In caso di sostegno a una guardia aerea o a un'organizzazione analoga, le spese vengono assunte solo se non sono state versate prestazioni da parte di queste organizzazioni. Restano riservate condizioni contrattuali di tenore diverso.

11 Variante salto con ribasso in assenza di prestazioni (RAP)

11.1 Principio

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

11.2 Periodo di osservazione

È considerato periodo d'osservazione un lasso di tempo compreso tra il 1° settembre o la data di decorrenza assicurativa fino al 31 agosto dell'anno successivo. Determinante per il calcolo delle prestazioni durante il periodo d'osservazione risulta la data d'elaborazione di una fattura.

11.3 Gradi di ribasso

Nella categoria assicurativa salto con ribasso per assenza di prestazioni, sono integrati i seguenti gradi di ribasso o i seguenti premi:

Grado di ribasso RAP salto	Premio ribasso per assenza di prestazioni salto
0	premio ordinario salto +20%
1	premio ordinario salto
2	premio ordinario salto -30%

Il premio per salto con ribasso per assenza di prestazioni figura sulla polizza d'assicurazione. All'inizio del nuovo periodo d'assicurazione l'assicuratore può introdurre nuovi gradi di ribasso o adeguare i ribassi dello sviluppo dei costi.

11.4 Adeguamento del grado in caso di assenza di prestazioni

Se, all'interno dello stesso grado di ribasso, la persona assicurata non ha beneficiato di prestazioni durante tre periodi d'osservazione consecutivi, salto con ribasso per assenza di prestazioni prevede un adeguamento di grado a partire dal 1° gennaio del quarto anno, a condizione che la persona assicurata non abbia già raggiunto il grado di ribasso massimo.

11.5 Adeguamento del grado in caso di beneficio delle prestazioni

Se durante il periodo d'osservazione la persona assicurata ha percepito prestazioni, la retrogradazione avviene il 1° gennaio dell'anno successivo (al massimo fino al grado di ribasso 0).

11.6 Prestazioni di maternità

Costi per trattamenti ospedalieri conseguenti a maternità non influiscono sul conteggio o non sono considerati beneficio di prestazioni e non incidono pertanto sull'adeguamento di grado.

11.7 Assicurazione più elevata

Un passaggio da salto con ribasso per assenza di prestazioni all'assicurazione salto ordinaria è possibile solo previa dichiarazione dello stato di salute. Sono esclusi gli assicurati nel grado con il ribasso massimo e senza beneficio delle prestazioni nel periodo d'osservazione attuale.

Indice

1	Basi dell'assicurazione
1.1	Scopo
1.2	Assicuratore
1.3	Disposizioni comuni
1.4	Stipulazione dell'assicurazione
2	Possibilità assicurative
2.1	In generale
2.2	Esclusione della copertura di infortunio
2.3	Franchigia e aliquota percentuale
3	Prestazioni
3.1	Principio
3.2	Trattamento nel paese di residenza o all'estero
4	Obblighi di partecipazione
4.1	Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio
4.2	Altre comunicazioni

mondial

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

mondial si prefigge di assicurare le conseguenze finanziarie dovute a malattie, infortuni e maternità delle persone che non sottostanno all'obbligo di assicurazione contro le malattie in Svizzera o dei frontalieri esonerati dall'obbligo di assicurazione contro le malattie in Svizzera.

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è Sympany Assicurazioni SA, Basilea (di seguito denominata assicuratore).

La cassa malati intermediaria è quella figurante sulla polizza d'assicurazione (di seguito denominata cassa).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA costituiscono parte integrante delle disposizioni di mondial. In caso di deroghe, le disposizioni di mondial prevalgono sulle disposizioni comuni.

1.4 Stipulazione dell'assicurazione

Per la stipulazione di un nuovo contratto è applicabile la procedura in caso di stipulazione dell'assicurazione secondo le disposizioni comuni. L'età massima per la stipulazione di un nuovo contratto è di 60 anni.

2 Possibilità assicurative

2.1 In generale

Nel quadro dell'assicurazione mondial è possibile stipulare l'assicurazione mondial base (secondo la LCA) nonché tutte le categorie assicurative per le quali valgono le CGA. In questo contesto fanno eccezione le categorie assicurative hospita comfort e per non frontalieri la categoria assicurativa compensa.

2.2 Esclusione della copertura di infortunio

Nell'assicurazione mondial base è possibile escludere la copertura di infortunio.

2.3 Franchigia e aliquota percentuale

Nell'assicurazione mondial base vale la franchigia convenuta.

Non frontalieri	
Adulti	CHF 500.- / CHF 1000.-
Bambini	CHF 200.- / CHF 400.-

Frontalieri	
Adulti	CHF 300.- / CHF 500.- / CHF 1000.-/CHF 1500.- / CHF 2000.- / CHF 2500.-
Bambini	CHF 0.- / CHF 200.- / CHF 400.- / CHF 600.-

Per l'aliquota percentuale ed il contributo alle spese di degenza ospedaliera sono applicabili le condizioni della LAMal.

3 Prestazioni

3.1 Principio

La copertura si basa sulle condizioni per le singole categorie assicurative e sull'entità della copertura stipulata.

Nell'assicurazione mondial base (secondo la LCA) trova applicazione il rispettivo catalogo delle prestazioni della base secondo la LAMal. Le deroghe contenute in queste condizioni oppure nelle disposizioni comuni delle condizioni generali d'assicurazione per le assicurazioni complementari e le altre assicurazioni secondo la LCA (CGA) prevalgono sulle regolamentazioni legali della base secondo la LAMal.

Per i trattamenti dispensati nel paese di residenza della persona assicurata, mondial può concedere ai frontalieri ulteriori prestazioni per cure ambulatoriali e prevenzione secondo l'elenco dell'assicuratore.

Alle persone che si trovano in Svizzera senza permesso di soggiorno, mondial garantisce la copertura dei costi in caso di trattamento medico acuto d'urgenza. Non sono assicurate le malattie e le conseguenze di infortuni che esistevano già al momento della stipulazione. Tali restrizioni non sono applicabili alle persone già assicurate con mondial al loro luogo di domicilio all'estero.

Sono determinanti le tariffe vigenti in Svizzera o nel paese di residenza della persona assicurata oppure nel luogo di cura all'interno dell'UE. Restano riservate condizioni relative alle prestazioni più estese per le singole categorie assicurative.

Se il trattamento viene dispensato in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello assicurato, oppure in caso di evidente fatturazione eccessiva, l'assicuratore ha la facoltà di limitare le proprie prestazioni alle tariffe valide presso la sede della cassa.

3.2 Trattamento nel paese di residenza o all'estero

Sono assicurati nel paese di residenza, in Svizzera e nell'UE anche i trattamenti non urgenti.

Se le condizioni delle singole categorie assicurative prevedono regolamentazioni relative alle prestazioni ottenute all'estero, sono considerati estero tutti i paesi ad eccezione della Svizzera e del paese in cui la persona assicurata risiede.

4 Obblighi di partecipazione

4.1 Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio

Le prestazioni vengono fornite solo se sono state inoltrate alla cassa le fatture dettagliate originali contenenti le seguenti indicazioni:

- data della cura
- diagnosi
- tipo di terapia e di trattamento
- numero di consultazioni/durata della degenza ospedaliera
- ricette originali quietanzate
- quote giornaliere e spese supplementari (ospedale).

In caso di un trattamento ospedaliero, entro un termine di 10 giorni dopo l'entrata in ospedale deve essere inoltrata alla cassa una domanda di garanzia di pagamento.

4.2 Altre comunicazioni

La persona assicurata è tenuta a notificare alla cassa un indirizzo di contatto e un conto in Svizzera. L'assicuratore inoltra obbligatoriamente per legge tutte le sue comunicazioni all'indirizzo di contatto in Svizzera.

Indice

1	Basi dell'assicurazione
1.1	Scopo
1.2	Assicuratore
1.3	Disposizioni comuni
1.4	Stipulazione dell'assicurazione
1.5	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni
1.6	Trattamenti all'estero
2	Possibilità assicurative
2.1	dental piccolo
2.1.1	Prestazioni
2.1.2	Passaggio automatico
2.2	dental
2.2.1	Varianti di prestazione
2.2.2	Profilassi e controllo
2.2.3	Prestazioni/periodo di trattamento
2.2.4	Termine di carenza
2.2.5	Rivendicazione dei diritti

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

dental contribuisce alle spese di cure dentarie e promuove inoltre misure profilattiche.

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è Sympany Assicurazioni SA, Basilea (qui di seguito definita assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA sono parte integrante delle disposizioni di dental. In caso di divergenze, le disposizioni di dental precedono le disposizioni comuni.

1.4 Stipulazione dell'assicurazione

dental può essere stipulata fino al 60° anno d'età. L'assicurazione può essere stipulata o gestita soltanto assieme ad almeno una delle seguenti categorie assicurative:

- base, plus, premium, complementare generale, complementare privata, hospita, salto.

L'ultima visita di controllo oppure cura dentaria non deve risalire a oltre un anno prima dell'inizio dell'assicurazione.

Bambini che vengono assicurati per le spese di cure dentarie nel primo anno di vita sono assicurati senza riserva.

In caso di nascita o di nuova adesione vengono ammessi all'assicurazione dental piccolo, senza limitazione delle prestazioni, tutti i bambini fino al 15° anno d'età, a condizione che siano assicurati anche nella categorie plus, premium, complemento generale o complemento privato dell'assicuratore.

1.5 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Sono assicurati i provvedimenti dentistici necessari, scientificamente riconosciuti come diagnostici e terapeutici, a condizione che sia garantita l'economicità della cura.

Il versamento avviene in base alla tariffa dentaria SSO con il valore del punto delle assicurazioni sociali (in base alla LAMal, LAINF, LAM, LAI). Sono dentisti coloro in possesso di un rispettivo diploma federale o di un diploma equivalente, o coloro ai quali il cantone sulla base del conseguimento di un attestato scientifico ha fornito l'autorizzazione di esercitare la professione.

L'assicurazione dental fornisce le prestazioni a titolo sussidiario, ovvero con riferimento o in complemento all'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie o all'assicurazione contro gli infortuni nonché a prestazioni dei cantoni e comuni. Se altri assicuratori sono tenuti a versare le prestazioni, la prestazione viene erogata proporzionalmente.

1.6 Trattamenti all'estero

I trattamenti all'estero vengono coperti solo se il personale medico dispone di una formazione equivalente ad una formazione svizzera e i costi non sono superiori a quelli vigenti in Svizzera.

2 Possibilità assicurative

Esistono le seguenti possibilità assicurative:

- dental piccolo fino al compimento del 15° anno d'età,
- dental.

2.1 dental piccolo

2.1.1 Prestazioni

Per bambini e ragazzi fino al compimento del 15° anno di età vengono riscalate le visite di controllo incluse le radiografie, a condizione che non debba essere eseguito contemporaneamente un trattamento dentistico (di conservazione o che preveda un impianto protesico).

Al massimo CHF 50.- per anno civile

2.1.2 Passaggio automatico

All'inizio dell'anno successivo al compimento del 15° anno d'età avviene automaticamente e senza restrizioni delle prestazioni il passaggio da dental piccolo a dental a. Alla persona assicurata spetta tuttavia il diritto di recesso entro un termine di 3 mesi dalla comunicazione.

2.2 dental

2.2.1 Varianti di prestazione

Variante	Massimo diritto alle prestazioni per anno civile	Franchigia
dental a	75%, fino a un massimo di CHF 1000.-	Franchigia CHF 500.-
dental b	50%, fino a un massimo di CHF 500.-	
dental c	50%, fino a un massimo di CHF 1000.-	
dental d	75%, fino a un massimo di CHF 1000.-	
dental e	75%, fino a un massimo di CHF 1500.-	
dental f	75%, fino a un massimo di CHF 3000.-	
dental g	75%, fino a un massimo di CHF 5000.-	Franchigia CHF 500.-
dental h	75%, fino a un massimo di CHF 5000.-	

L'assicuratore può ridurre l'importo della franchigia per i bambini fino ai 15 anni nelle varianti con franchigia.

Nelle varianti con franchigia, questa viene versata sulla base di un importo fisso per anno civile. Il diritto massimo alle prestazioni per anno civile viene calcolato sull'importo residuo dopo deduzione della franchigia.

2.2.2 Profilassi e controllo

A condizione che durante il periodo di trattamento non vengano dispensate cure dentistiche (di conservazione, protesiche, ecc.), dental corrisponde prestazioni per una visita di controllo, comprese le radiografie e a scopo di profilassi.

Al massimo CHF 100.- per anno civile

La partecipazione ai costi secondo la variante assicurativa stipulata decade.

2.2.3 Prestazioni/periodo di trattamento

Nell'ambito della classe di prestazioni scelta, l'assicurazione comprende tutte le spese per le cure dentarie, incluse le spese di laboratorio. Per le spese legate a mezzi di cura dentale non viene fornita nessuna prestazione.

Gli importi assicurati vengono corrisposti una volta nel corso dell'anno civile.

2.2.4 Termine di carenza

Il diritto alle prestazioni derivanti da dental inizia

- dopo un termine di carenza di 12 mesi per protesi dentarie (quali corone, ponti, protesi, denti a perno, ricostruzioni di monconi nonché apparecchi per la cura di posizioni dentali e mascellari errate inclusi rispettivi provvisori, riparazioni e rispettive cure dentarie e controlli) e
- dopo un termine di carenza di 6 mesi per tutte le altre cure.

Il termine di carenza vale anche per gli aumenti dell'assicurazione. Prestazioni per profilassi e visite di controllo non sottostanno ad alcun termine di carenza.

2.2.5 Rivendicazione dei diritti

Per far valere il diritto, la persona assicurata è tenuta a inoltrare immediatamente alla cassa la fattura dettagliata originale, al più tardi tuttavia entro 30 giorni dalla data della fattura.

Nella fattura devono risultare il periodo di cura nonché le singole prestazioni elencate in dettaglio secondo le tariffe del dentista.

Indice

<p>1 Basi dell'assicurazione</p> <p>1.1 Oggetto dell'assicurazione</p> <p>1.2 Assicuratore</p> <p>1.3 Disposizioni comuni</p> <p>2 Stipulazione</p> <p>2.1 Persone assicurate</p> <p>2.1.1 Cerchia di persone</p> <p>2.1.2 Persone singole</p> <p>2.1.3 Famiglie</p> <p>2.2 Condizioni</p> <p>3 Prestazioni</p> <p>3.1 Validità delle prestazioni</p> <p>3.1.1 Validità delle prestazioni territoriale</p> <p>3.1.2 Validità delle prestazioni temporale</p> <p>3.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni</p> <p>3.3 Spese di cura</p> <p>3.4 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero</p> <p>3.5 Viaggio di visita e costi supplementari di viaggio</p> <p>3.5.1 Viaggio di visita</p> <p>3.5.2 Viaggio di rientro straordinario</p> <p>3.6 Somme di copertura</p> <p>3.6.1 tourist 50/100</p> <p>3.6.2 tourist 250/500</p> <p>3.7 Servizi di assistenza</p> <p>3.7.1 Anticipo spese a un ospedale</p> <p>3.7.2 Informazione dei familiari a casa</p> <p>3.7.3 Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero</p> <p>3.7.4 Consulenza medica da parte di medici</p> <p>3.8 Restrizioni delle prestazioni</p> <p>3.8.1 Principio</p> <p>3.8.2 Esclusione delle prestazioni</p> <p>3.8.3 Restrizione delle prestazioni</p> <p>3.9 Prescrizione</p>	<p>4 Partecipazione ai costi</p> <p>5 Obblighi in caso di sinistro</p> <p>5.1 Informazione della 24h Helpline emergenze</p> <p>5.2 Esonero dal segreto professionale</p> <p>5.3 Rivendicazione del diritto</p> <p>5.4 Compensazione di biglietti ferroviari o aerei</p> <p>6 Prestazioni di terzi</p> <p>6.1 In generale</p> <p>6.2 Rinuncia alle prestazioni</p> <p>6.3 Assicurazioni sociali</p> <p>6.4 Assicurazioni cumulative</p> <p>6.5 Assicurazioni esistenti presso Sympany Assicurazioni SA</p> <p>6.6 Guardia aerea di soccorso od organizzazioni analoghe</p>
--	--

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione corrisponde prestazioni per il pagamento di costi non coperti di trattamenti d'urgenza in caso di malattia, infortunio o parto prematuro durante viaggi di vacanza o d'affari o soggiorni all'estero. Essa elargisce inoltre prestazioni per spese di trasporto, azioni di ricerca, salvataggio e recupero nonché per servizi di assistenza.

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è la Sympany Assicurazioni SA, Basilea (qui di seguito definita assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA sono parte integrante delle disposizioni di tourist. In caso di divergenze, le disposizioni di tourist precedono le disposizioni comuni.

2 Stipulazione

2.1 Persone assicurate

2.1.1 Cerchia di persone

Tutte le persone senza limite d'età possono stipulare l'assicurazione tourist.

2.1.2 Persone singole

Sono assicurate le persone figuranti sulla polizza d'assicurazione.

2.1.3 Famiglie

Sono assicurati il contraente figurante sulla polizza d'assicurazione, nonché il suo coniuge o partner e i loro figli fino al compimento del 25° anno d'età, a condizione che convivano nella stessa economia domestica con il contraente.

2.2 Condizioni

L'assicurazione può essere stipulata o gestita soltanto assieme ad almeno una delle seguenti assicurazioni:

- plus, premium, complemento generale, complemento privato, hospita, salto.

Affinché le famiglie possano stipulare e gestire l'assicurazione tourist, almeno un genitore deve essere assicurato per una di queste coperture assicurative.

3 Prestazioni

3.1 Validità delle prestazioni

3.1.1 Validità delle prestazioni territoriale

L'assicurazione vale per trattamenti d'urgenza in Svizzera al di fuori del cantone di domicilio e all'estero in tutto il mondo.

3.1.2 Validità delle prestazioni temporale

Le prestazioni vengono corrisposte finché un rimpatrio non è accettabile dal punto di vista medico. L'obbligo di prestazione per le malattie e gli infortuni che si verificano nel corso della durata assicurativa si estingue in ogni caso al più tardi 91 giorni dopo la scadenza dei 21 o 42 giorni di durata del soggiorno scelta.

3.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni sono corrisposte soltanto se il trattamento è opportuno e indispensabile dal punto di vista medico nonché se è dispensato da persone che dispongono dell'autorizzazione necessaria.

3.3 Spese di cura

A titolo complementare all'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie secondo la LAMal, all'assicurazione mondial base e all'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF, l'assicurazione si assume prestazioni per le spese di cura legate a trattamenti ambulatoriali e ospedalieri urgenti.

Sono coperti i costi per malattia, infortunio e parto prematuro secondo le tariffe corrispondenti agli usi locali o convenute contrattualmente. Il parto è considerato prematuro se si verifica in modo imprevisto e in anticipo di almeno sei settimane dal termine previsto e attestato dal medico.

La partecipazione legale ai costi vigente in Svizzera non è assicurata.

3.4 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero

Se una persona assicurata si ammala gravemente, subisce un grave infortunio o decede, l'assicuratore corrisponde – sulla base di un referto medico – le seguenti prestazioni organizzate dalla 24h Helpline emergenze e versa le spese per:

- a) azioni di salvataggio e trasporti d'urgenza con mezzo di trasporto indicato, necessari dal punto di vista medico, fino al più vicino ed idoneo luogo di cura,
- b) azioni di ricerca intraprese per il salvataggio o il recupero della persona assicurata come pure azioni di recupero

fino a complessivamente CHF 20000.– per persona assicurata

- c) se le condizioni mediche lo richiedono, il rimpatrio della persona assicurata, ammalata o infortunata, per proseguire il trattamento in una struttura ospedaliera appropriata nel proprio cantone di domicilio,
- d) il rimpatrio della salma al suo domicilio.

3.5 Viaggio di visita e costi supplementari di viaggio

3.5.1 Viaggio di visita

Se una persona assicurata si ammala gravemente o subisce un grave infortunio e deve essere ricoverata all'ospedale per oltre 7 giorni, l'assicuratore organizza e paga a una persona a lei vicina un viaggio di visita per permettere a quest'ultima di assisterla (biglietto ferroviario 1ª classe, biglietto aereo classe economica).

3.5.2 Viaggio di rientro straordinario

Se per necessità mediche una persona assicurata deve essere trasportata in un ospedale appropriato del proprio cantone di domicilio ai fini di un trattamento ospedaliero, la 24h Helpline emergenze organizza il rientro straordinario dei familiari in viaggio con la persona assicurata o di una persona a lei vicina. Risultano coperte unicamente le spese supplementari.

Se una persona assicurata si ammala o subisce un infortunio e a causa di un ricovero ospedaliero non può affrontare il viaggio di ritorno previsto, la 24h Helpline emergenze organizza il rientro straordinario della stessa, dei familiari in viaggio con lei assicurati oppure di una persona a lei vicina. Risultano coperte unicamente le spese supplementari.

3.6 Somme di copertura

Possono essere stipulate le seguenti varianti:

3.6.1 tourist 50/100

La somma di copertura ammonta complessivamente a

max. CHF 50 000.- per persona assicurata

max. CHF 100 000.- per persona assicurata

Possono essere stipulate le seguenti varianti (durata del soggiorno all'estero):

fino a un massimo di 21 giorni

fino a un massimo di 42 giorni

3.6.2 tourist 250/500

La somma di copertura ammonta complessivamente a

max. CHF 250 000.- per persona assicurata

max. CHF 500 000.- per famiglia assicurata

Possono essere stipulate le seguenti varianti (durata del soggiorno all'estero):

fino a un massimo di 21 giorni

fino a un massimo di 42 giorni

3.7 Servizi di assistenza

3.7.1 Anticipo spese a un ospedale

Se una persona assicurata necessita di un ricovero ospedaliero all'estero, l'assicuratore versa, se necessario, un anticipo sui costi di degenza ospedaliera fino a CHF 20 000.-. Se una parte dell'importo anticipato non è coperto dall'assicurazione stipulata, essa sarà addebitata alla persona assicurata. La somma richiesta va in questo caso rimborsata entro 30 giorni.

3.7.2 Informazione dei familiari a casa

Se la 24h Helpline emergenze dispone delle misure, essa informa i familiari della persona assicurata in merito all'accaduto e alle misure adottate.

3.7.3 Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero

A seconda della necessità la 24h Helpline emergenze intermedia medici od ospedali nella regione di soggiorno. In caso di difficoltà linguistiche essa fornisce anche un supporto alla traduzione.

3.7.4 Consulenza medica da parte di medici

Se durante il viaggio la persona assicurata necessita di aiuto, di cui non può avvalersi sul luogo, i medici della 24h Helpline emergenze forniscono una consulenza medica.

Tale consulenza va intesa unicamente come consiglio e non può in nessun caso essere considerata una diagnosi.

3.8 Restrizioni delle prestazioni

3.8.1 Principio

La regolamentazione relativa alle restrizioni delle prestazioni secondo le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni AG non è applicabile all'assicurazione tourist.

3.8.2 Esclusione delle prestazioni

Non sussiste diritto alle prestazioni assicurative:

- per malattie e conseguenze d'infortunio che sussistevano già all'inizio del viaggio o di cui la persona assicurata poteva riconoscere l'insorgere all'inizio del viaggio e per le quali era prevedibile un trattamento medico,

- se la persona assicurata si reca all'estero con l'intenzione di sottoporsi a trattamenti e cure oppure di partorire,
- in caso di malattie o conseguenze d'infortunio che sono già state escluse dalla copertura nell'ambito di un'assicurazione esistente della persona assicurata presso la cassa,
- se, in caso di azioni di ricerca, rimpatri, viaggi di visita o viaggi di rientro straordinari, la 24h Helpline emergenze non ha fornito il suo consenso,
- in caso di partecipazione a eventi bellici, disordini o altre azioni simili, nonché in caso di servizio militare all'estero,
- in caso di malattie o infortuni causati da eventi bellici che risalgono a oltre 14 giorni,
- in caso di malattie e infortuni verificatisi durante una partecipazione attiva a reati, risse e altri atti violenti,
- in caso di malattie o infortuni causati da grave negligenza, in particolar modo in seguito all'abuso di sostanze alcoliche, medicinali o altri stupefacenti,
- in caso di lesioni alla propria salute riconducibili ad atti temerari, ovvero nei casi in cui la persona assicurata si espone a particolari pericoli senza aver predisposto o poter predisporre quegli accorgimenti indispensabili a contenere i rischi entro limiti ragionevoli. Sono escluse azioni di salvataggio a favore di altre persone. È considerato atto temerario ai sensi delle presenti condizioni in particolar modo lo svolgimento di tipologie di sport a rischio. Sono considerate temerarie anche altre attività che comportano un rischio paragonabile. La cassa tiene un elenco di tutte le tipologie di sport a rischio, considerate come atti temerari. L'elenco, da non considerarsi esaustivo, può essere consultato in qualsiasi momento dalle persone assicurate,
- in caso di lesioni alla propria salute cagionate intenzionalmente, intese anche quali conseguenze di suicidi, tentati suicidi oppure ferite intenzionali,
- per prestazioni coperte dall'assicurazione sociale o da mondial base.

Se un trasporto d'urgenza o un rimpatrio non è possibile a causa di condizioni esterne come scioperi, tumulti, violenze, gravi sinistri industriali, radioattività, catastrofi naturali, epidemie o forza maggiore, non se ne può esigere l'organizzazione e l'esecuzione.

3.8.3 Restrizione delle prestazioni

In caso di chiara fatturazione eccessiva, l'assicuratore è autorizzato a ridurre proporzionalmente le prestazioni o a far dipendere il pagamento delle stesse da una riduzione.

3.9 Prescrizione

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

4 Partecipazione ai costi

Le prestazioni tourist non sono soggette alla partecipazione ai costi.

5 Obblighi in caso di sinistro

5.1 Informazione della 24h Helpline emergenze

In caso di improvvisa malattia, infortunio e parto prematuro in Svizzera e all'estero che richiedono un ricovero ospedaliero o misure di soccorso, è indispensabile informare immediatamente la 24h Helpline emergenze.

5.2 Esonero dal segreto professionale

La persona assicurata esonera i medici curanti e l'ulteriore personale medico nonché eventuali altri assicuratori dal segreto professionale nei confronti della 24h Helpline emergenze o nei confronti della cassa stessa.

5.3 Rivendicazione del diritto

La persona assicurata è tenuta a inoltrare immediatamente alla cassa il suo diritto alla prestazioni, mettendo a disposizione tutte le informazioni e i dati di carattere medico o amministrativo indispensabili. In questo contesto si riconoscono unicamente fatture originali leggibili e dettagliate. Se i dettagli contenuti nelle fatture risultano insufficienti e su esplicita richiesta le informazioni supplementari non vengono messe a disposizione, le prestazioni vengono determinate con equo apprezzamento.

5.4 Compensazione di biglietti ferroviari o aerei

I biglietti ferroviari o aerei inutilizzati vanno spontaneamente inoltrati alla cassa. Se i biglietti ormai inutilizzabili vengono venduti o sono stati rimborsati da terzi, le indennità ricevute saranno computate sulle prestazioni assicurative. In caso di mancata osservanza di questo obbligo, la cassa può esigere dall'assicurato interessato il rimborso di un importo determinato con equo apprezzamento o di compensare tale importo con il diritto alle prestazioni.

6 Prestazioni di terzi

6.1 In generale

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

6.2 Rinuncia alle prestazioni

Qualora assicurati dovessero, senza il consenso della cassa, rinunciare completamente o anche solo parzialmente a prestazioni di terzi, decade l'obbligo di prestazione secondo le presenti CGA. Si considera rinuncia anche la capitalizzazione del diritto alle prestazioni.

6.3 Assicurazioni sociali

Non vengono assunte prestazioni a carico delle assicurazioni sociali (LAMal, LAINF, LAI, LAM, AVS, LADI, ecc.). Le prestazioni andranno in questi casi rivendicate direttamente presso la rispettiva assicurazione sociale.

Se una persona assicurata non dispone di un'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal o di un'assicurazione mondial base, l'assicuratore corrisponde le prestazioni partendo dal presupposto che essa ne possieda effettivamente una.

6.4 Assicurazioni cumulative

Se diversi assicuratori sono tenuti a versare le prestazioni, viene calcolata la somma che ogni singolo assicuratore dovrebbe pagare in caso di obbligo di prestazione esclusivo. Ciò vale anche se l'obbligo di prestazione degli altri assicuratori sussiste solo a titolo sussidiario. Il rimborso da versare in base a queste CGA si limita alla parte della somma assicurata complessiva che corrisponde a questa copertura.

6.5 Assicurazioni esistenti presso Sympany Assicurazioni SA

Eventuali altre assicurazioni complementari esistenti presso la Sympany Assicurazioni SA precedono le prestazioni risultanti da tourist.

6.6 Guardia aerea di soccorso od organizzazioni analoghe

In caso di sostegno a una guardia aerea o a un'organizzazione analoga, le spese vengono assunte solo se non sono state versate prestazioni da parte di queste organizzazioni. Restano riservate condizioni contrattuali di tenore diverso.

Indice

1	Basi dell'assicurazione
1.1	Assicuratore
1.2	Disposizioni comuni
1.3	Contratto collettivo
2	Entità della copertura
2.1	Basi contrattuali
2.2	Controversie assicurate
2.3	Sussidiarietà
2.4	Controversie non assicurate
3	Persone assicurate
4	Inizio, durata ed estinzione dell'assicurazione
4.1	In generale
4.2	Risoluzione del contratto collettivo
5	Validità territoriale
6	Validità temporale
7	Prestazioni assicurate
8	Caso di protezione giuridica
8.1	Notifica di un caso di protezione giuridica
8.2	Svolgimento di un caso di protezione giuridica
8.3	Procedura in caso di divergenze d'opinione
9	Foro competente

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Assicuratore

Assicuratore dell'assicurazione di protezione giuridica per la salute **protect** è la Coop Protezione giuridica SA, Aarau (in seguito definita assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA costituiscono parte integrante delle disposizioni relative alla protezione giuridica per pazienti. In caso di deroghe, le disposizioni dell'assicurazione di protezione per la salute **protect** prevalgono sulle disposizioni di Sympany Assicurazioni SA.

1.3 Contratto collettivo

La concessione della protezione giuridica per la salute avviene sulla base di un contratto collettivo stipulato tra Sympany Assicurazioni SA e l'assicuratore.

2 Entità della copertura

2.1 Basi contrattuali

Il contenuto del contratto si basa sulle presenti Condizioni generali d'assicurazione di Sympany **protect**, sulla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), sulla Legge federale sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) nonché sull'Ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazioni private (OS).

2.2 Controversie assicurate

Sono assicurate le seguenti controversie inerenti danni alla salute:

- controversie in materia di responsabilità civile (ad esempio con fornitori di prestazioni mediche, detentori di veicoli a motore dopo un incidente stradale ecc.)
- controversie in materia di diritto assicurativo (ad esempio con l'assicurazione di responsabilità civile, infortuni, malattie, invalidità ecc.)

2.3 Sussidiarietà

Il diritto alla protezione giuridica sussiste solo e nella misura in cui le prestazioni non devono essere erogate da un altro assicuratore. Non rientrano nella sussidiarietà le controversie con fornitori di prestazioni mediche e le relative assicurazioni di responsabilità civile.

2.4 Controversie non assicurate

Non sono assicurati

- i casi non esplicitamente menzionati
- i casi, il cui evento scatenante si sia verificato prima dell'entrata in vigore della presente assicurazione
- le controversie dell'assicurato nei confronti della Coop Protezione giuridica o dei suoi organi nonché nei confronti di avvocati e specialisti che si occupano di un caso di protezione giuridica assicurato
 - i casi in relazione a
 - trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici,
 - onorari e fatture (eccezion fatta per quelle concernenti prestazioni non fornite)
 - fatture premi di Sympany
 - difesa da pretese di risarcimento danni

3 Persone assicurate

Sono assicurate le persone che hanno stipulato l'assicurazione **protect** presso Sympany. Sono inoltre coperte tutte le persone assicurate in una polizza comune assieme alla persona summenzionata.

Se una persona assicurata decede in seguito a un evento assicurato, i suoi eredi sono coperti per tale evento.

4 Inizio, durata ed estinzione dell'assicurazione

4.1 In generale

L'inizio, la durata e l'estinzione dell'assicurazione si basano sulle disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA.

L'assicurazione può essere stipulata o gestita soltanto assieme ad almeno una delle seguenti assicurazioni:

- **plus, premium, complemento generale, complemento privato, hospita, salto, dental.**

Se una persona che adempie le condizioni di **protect** esce dalla polizza comune, l'assicurazione continua individualmente. Alla persona assicurata spetta però il diritto di recesso entro tre mesi dall'avvenuta notifica.

4.2 Risoluzione del contratto collettivo

L'assicurazione si estingue con la risoluzione del contratto collettivo tra l'assicuratore e Sympany Assicurazioni SA. La risoluzione deve essere notificata alla persona assicurata in forma scritta, al più tardi un mese prima dell'estinzione della copertura assicurativa.

5 Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida a livello mondiale.

6 Validità temporale

Per la copertura assicurativa temporale è determinante il momento dell'evento scatenante. La protezione giuridica viene accordata solo se l'evento scatenante si è verificato dopo la stipulazione di **protect**. Quale evento scatenante è considerato il momento in cui viene provocato il sinistro; nei casi di diritto assicurativo si considera il momento dell'evento che cagiona il diritto alle prestazioni assicurate, altrimenti il momento della comunicazione che origina la controversia.

7 Prestazioni assicurate

L'assicuratore accorda le seguenti prestazioni:

- la salvaguardia degli interessi legali da parte della Coop Protezione giuridica
- il pagamento di massimo CHF 250 000.- (risp. CHF 50 000.- nei casi fuori dall'Europa e nei Paesi confinanti con il Mediterraneo), per ogni singolo caso:
 - dei costi di avvocati incaricati
 - dei costi di periti incaricati
 - delle spese procedurali e giudiziarie a carico dell'assicurato
 - delle spese d'incasso per l'indennità accordata alla persona assicurata
 - del rimborso delle spese processuali da versare alla controparte

Non vengono pagati

- risarcimenti danni
- costi che è tenuta ad assumersi una terza persona responsabile.

Il diritto al rimborso delle spese procedurali e giudiziarie accordato all'assicurato deve essere ceduto all'assicuratore.

8 Caso di protezione giuridica

8.1 Notifica di un caso di protezione giuridica

Su richiesta scritta dell'assicuratore o della cassa occorre notificare immediatamente l'insorgere di un caso di protezione giuridica. La persona assicurata è tenuta ad assistere l'assicuratore nel disbrigo del caso di protezione giuridica, a fornire le procure e informazioni necessarie come pure a inoltrare senza indugio all'assicuratore le comunicazioni ricevute, in particolare dalle autorità. In caso di violazione colposa di tali obblighi l'assicuratore può decurtare le proprie prestazioni nella misura in cui sono sorti costi supplementari. In caso di grave violazione l'assicuratore può rifiutare di fornire le proprie prestazioni.

8.2 Svolgimento di un caso di protezione giuridica

Dopo aver consultato la persona assicurata, l'assicuratore adotta le misure necessarie alla tutela dei suoi interessi. La persona assicurata può scegliere liberamente l'avvocato, se è necessario farvi ricorso, in particolare in caso di procedure giudiziarie o amministrative, oppure in caso di conflitto d'interessi. Il mandato viene conferito esclusivamente dall'assicuratore. In caso di mancata osservanza della presente disposizione l'assicuratore può decurtare le proprie prestazioni. Se non vi sono motivi validi per la sostituzione dell'avvocato, la persona assicurata deve assumersi le rispettive spese.

8.3 Procedura in caso di divergenze d'opinione

In caso di divergenze d'opinione circa l'ulteriore procedura, in particolare nei casi considerati senza speranza dall'assicuratore, su richiesta della persona assicurata viene avviata una procedura arbitrale. Quale giudice arbitrale viene nominata una persona designata congiuntamente da entrambe le parti.

La procedura si basa inoltre sulle disposizioni del concordato sull'arbitrato in base al vigente Codice di procedura civile svizzero (CPC).

Se una persona assicurata conduce una causa a proprie spese, le prestazioni contrattuali vengono fornite se il risultato è più favorevole rispetto a quanto valutato dall'assicuratore.

9 Foro competente

Le parti convengono come foro competente il domicilio svizzero della persona assicurata oppure Aarau.

capita infortunio (capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio)

Indice

1	Basi dell'assicurazione	9	Assicurazione di capitale per invalidità
1.1	Assicuratore	9.1	Principio
1.2	Disposizioni comuni	9.2	Invalidità totale
2	Entità della copertura	9.3	Invalidità parziale
3	Stipulazione	9.4	Grave deturpazione
3.1	Persona assicurata	9.5	Difetti corporali preesistenti
3.2	Età massima d'entrata	9.6	Indennità in caso di invalidità
3.3	Condizione	10	Restrizioni delle prestazioni
4	Inizio e durata dell'assicurazione	10.1	Principio
4.1	In generale	10.2	Esclusione delle prestazioni
4.2	Modifiche dell'assicurazione	10.3	Decurtazione delle prestazioni
5	Estinzione dell'assicurazione	10.3.1	Fattori accidentali estranei
5.1	Principio	10.3.2	Violazione degli obblighi in caso di sinistro
6	Validità territoriale	10.3.3	Ulteriori riduzioni delle prestazioni
7	Somme assicurate	10.4	Decesso causato da una persona avente diritto
7.1	Varianti d'assicurazione	11	Spese per la riforma professionale
7.2	Somme massime in caso di incidenti aerei	12	Comportamento in caso di sinistro
7.3	Somme massime assicurabili	13	Comunicazioni all'assicuratore
7.3.1	Somme massime per bambini	14	Diritto applicabile
7.3.2	Somme massime da 65 anni		
7.3.3	Somma d'invalidità assicurata nella vecchiaia		
8	Assicurazione di capitale per decesso		
8.1	Persone beneficiarie		
8.2	Computo del capitale d'invalidità		

capita infortunio

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Assicuratore

L'assicuratore è Sympany Assicurazioni SA, Basilea (di seguito denominata assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA sono parte integrante delle disposizioni di capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio. In caso di discrepanze le disposizioni concernenti il capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio precedono le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA.

2 Entità della copertura

L'assicurazione copre tutti gli infortuni professionali e non professionali, ivi comprese le malattie professionali, nella misura in cui al momento della loro comparsa sussisteva, secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF art. 6-9), un obbligo d'indennizzo.

Si considera infortunio ogni evento dovuto a causa esterna, straordinaria, repentina e fortuita il quale produca lesioni corporali. Oltre alle lesioni corporali elencate nelle disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA si considerano come infortuni:

- i danni alla salute causati dalla respirazione involontaria di gas e vapori e l'ingestione per errore di sostanze velenose e corrosive,
- l'annegamento,
- i seguenti danni alla salute, nella misura in cui la persona assicurata li ha subiti in maniera non volontaria e sono stati causati da un infortunio assicurato:
i congelamenti, le insolazioni e i colpi di sole, come pure le lesioni corporali dovute ai raggi ultravioletti, ma non all'eritema solare.

3 Stipulazione

3.1 Persona assicurata

Sono assicurate le persone singole che si sono annunciate per la stipulazione dell'assicurazione contro gli infortuni conformemente alle presenti CGA.

3.2 Età massima d'entrata

È possibile stipulare l'assicurazione fino al compimento del 65° anno d'età.

3.3 Condizione

L'assicurazione può essere stipulata o gestita soltanto assieme ad almeno una delle seguenti categorie assicurative:

- plus, premium, complementare generale, complementare privata, hospita, salto.

4 Inizio e durata dell'assicurazione

4.1 In generale

Inizio e durata dell'assicurazione si basano sulle disposizioni comuni.

Un infortunio e le relative conseguenze sono coperti soltanto se l'infortunio si verifica nel corso della durata dell'assicurazione.

4.2 Modifiche dell'assicurazione

Un aumento della somma assicurata è possibile fino al compimento del 65° anno d'età.

5 Estinzione dell'assicurazione

5.1 Principio

Per quanto attiene all'estinzione della copertura assicurativa, trovano applicazione le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA.

6 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo. In caso di partenza per l'estero il proseguimento dell'assicurazione si basa sulle disposizioni di mondial.

7 Somme assicurate

7.1 Varianti d'assicurazione

Sono valide le somme assicurate figuranti sulla polizza d'assicurazione.

7.2 Somme massime in caso di incidenti aerei

La garanzia massima di copertura prestata dall'Assicuratore per lo stesso soggetto, sulla base della totalità delle polizze assicurative infortuni di cui il medesimo è titolare, è limitata al seguente importo in caso di incidente aereo:

in caso di decesso CHF 500 000.-

in caso di invalidità totale CHF 1 000 000.-
(con corrispondente riduzione in caso di invalidità parziale)

7.3 Somme massime assicurabili

7.3.1 Somme massime per bambini

La somma massima assicurata in caso di decesso di bambini è di:

CHF 2 500.- fino al compimento di 3 anni

CHF 20 000.- fino al compimento di 15 anni

Per i bambini non si possono superare le seguenti somme di decesso erogate dalla presente o altre assicurazioni:

CHF 2 500.- per bambini che non hanno ancora compiuto i 2 anni e 6 mesi

CHF 20 000.- per bambini che non hanno ancora compiuto i 12 anni

7.3.2 Somme massime da 65 anni

A partire dal 1° gennaio successivo al compimento del 65° anno d'età valgono le seguenti somme assicurate massime:

in caso di decesso CHF 20 000.-

in caso di invalidità CHF 60 000.-

Somme assicurate esistenti superiori vengono ridotte di conseguenza a quel momento.

7.3.3 Somma d'invalidità assicurata nella vecchiaia

Per persone assicurate decade la progressione nell'assicurazione per l'invalidità a partire dal 1° gennaio successivo all'anno civile in cui viene compiuto il 65° anno d'età. L'indennizzo percentuale corrisponde al grado d'invalidità.

8 Assicurazione di capitale per decesso

8.1 Persone beneficiarie

Se è provato che la persona assicurata decede immediatamente dopo l'infortunio oppure entro cinque anni dal giorno

dell'infornuto, l'assicuratore versa la somma assicurata per il caso di decesso ai superstiti menzionati qui di seguito, che vi hanno diritto nel seguente ordine e nella seguente misura:

- a) L'intero capitale di decesso
- al coniuge superstite,
 - in sua assenza in parti uguali ai figli, figli adottivi e figliastri,
 - in loro assenza in parti uguali ai genitori o al genitore superstite,
 - in loro assenza ai fratelli e alle sorelle, a condizione che questi al momento dell'infornuto non abbiano ancora compiuto 25 anni.

Ogni persona od ogni gruppo di persone summenzionato viene escluso dall'esistenza di una persona o gruppo di persone precedente.

Coniugi e figli derivanti da un matrimonio contratto soltanto dopo l'infornuto non hanno diritto a prestazioni di decesso.

- b) La persona assicurata può designare, mediante comunicazione scritta alla cassa e modificando la disposizione precedente, beneficiari o escludere aventi diritto. Una tale dichiarazione può essere revocata o modificata in ogni momento dalla persona assicurata mediante comunicazione scritta.
- c) Se non vi sono aventi diritto giusta le lett. a e b, l'assicuratore versa le spese per i funerali, al massimo però:

il 10% del capitale di decesso fino a un massimo di CHF 10 000.-

8.2 Computo del capitale d'invalidità

Dal capitale di decesso viene dedotto un eventuale capitale d'invalidità già versato per il medesimo infornuto.

9 Assicurazione di capitale per invalidità

9.1 Principio

Se l'infornuto causa un'invalidità verosimilmente permanente di una persona assicurata, l'assicuratore versa la somma assicurata convenuta per il caso di invalidità; e in caso di invalidità totale la somma assicurata complessiva, mentre in caso di invalidità parziale una parte della somma assicurata corrispondente al grado di tale invalidità. Il grado di invalidità viene determinato soltanto sulla base dello stato, riconosciuto quale verosimilmente permanente, della persona assicurata, al più tardi però 5 anni dopo l'infornuto. Eventuali modifiche del grado d'invalidità subentrate dopo la determinazione del grado d'invalidità, comprese eventuali ricadute ed eventuali conseguenze tardive, non vengono più indennizzate.

Per la determinazione del grado d'invalidità non si tiene conto di un'incapacità al guadagno o un'incapacità lavorativa subentrate eventualmente in seguito all'evento. Il capitale d'invalidità spetta esclusivamente alla persona assicurata.

9.2 Invalidità totale

È considerata invalidità totale

- la perdita o l'incapacità dell'uso di entrambe le braccia o le mani,
- la perdita o l'incapacità d'uso di entrambe le gambe o di entrambi i piedi o la perdita contemporanea di un braccio o una mano e una gamba o piede,
- paralisi totale
- completa cecità.

9.3 Invalidità parziale

In caso di invalidità parziale viene versata quella parte della somma assicurata prevista per l'invalidità totale che corrisponde al grado di invalidità. La valutazione viene effettuata sulla base delle seguenti percentuali.

Perdita o incapacità completa dell'uso	Percentuale
Parte superiore del braccio	70%
Parte inferiore del braccio	65%
Mano	60%
Pollice con metacarpo	25%
Pollice, metacarpo conservato	22%
Falange all'estremità del pollice	10%
Indice	15%
Medio	10%
Anulare	9%
Mignolo	7%
Una gamba al femore	60%
Una gamba dal piede al ginocchio	50%
Un piede	45%
Un alluce	8%
Altre dita dei piedi, ciascuno	3%
La vista di un occhio	30%
La vista del secondo occhio per persone con un occhio solo	50%
L'udito di entrambe le orecchie	60%
L'udito di un orecchio	15%
L'udito di un orecchio se quello dell'altro orecchio era già completamente perso prima che si verificasse l'evento assicurato	30%
L'olfatto	10%
Il senso del gusto	10%
Rene	20%
Milza	5%
Fortissima e dolorosa restrizione funzionale della colonna vertebrale	50%

In caso di perdita parziale oppure incapacità parziale dell'uso è valido un grado d'invalidità proporzionalmente inferiore.

Per i casi non indicati nelle presenti disposizioni, la determinazione del grado d'invalidità avviene secondo le stesse direttive per il calcolo della menomazione dell'integrità ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infornuti (LAINF) risp. dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infornuti (OAINF).

In caso di perdita contemporanea oppure incapacità dell'uso contemporanea di più parti del corpo a seguito del medesimo infornuto il grado di invalidità viene di regola stabilito mediante l'addizione delle quote percentuali. Non può però mai superare il 100%. In caso di perdita di tutte le dita di una mano, sarà versato al massimo il capitale d'invalidità che entra in linea di conto per la perdita della mano corrispondente.

9.4 Grave deturpazione

Per una deturpazione permanente e grave del corpo umano (danni estetici come delle cicatrici) provocata da un infornuto per cui non è dovuto alcun capitale d'invalidità, che rende però più difficile la posizione sociale della persona assicurata, l'assicuratore versa, dalla somma assicurata convenuta per l'invalidità al massimo:

- il 10% della somma assicurata convenuta nella polizza d'assicurazione nei casi di deturpazione del viso e/o
- il 5% nei casi di deturpazione di altre parti del corpo normalmente visibili.

La prestazione per i danni estetici è limitata a CHF 20 000.– e sul grado d'invalidità determinato non viene accordata alcuna progressione.

9.5 Difetti corporali preesistenti

L'aggravamento delle conseguenze dell'infortunio a causa di difetti corporali preesistenti non dà diritto a un indennizzo maggiore (ad eccezione della perdita del secondo occhio o dell'udito del secondo orecchio). Se prima dell'infortunio si era già persa la capacità dell'uso totale o parziale di alcune parti del corpo, al momento della determinazione del grado d'invalidità viene dedotto il grado d'invalidità preesistente, stabilito secondo i principi summenzionati.

Se malattie o infermità preesistenti, non provocate dall'infortunio, aggravano in modo determinante le conseguenze dell'infortunio, le prestazioni assicurative vengono decurtate proporzionalmente; e questo già per la determinazione del grado d'invalidità e non soltanto al momento della determinazione del capitale d'invalidità.

9.6 Indennità in caso di invalidità

In caso di invalidità superiore al 25% l'indennità aumenta progressivamente fino al 350% della somma assicurata convenuta.

Grado d'invalidità in %	Indennità in % della somma assicurata convenuta	Grado d'invalidità in %	Indennità in % della somma assicurata convenuta
1	1	28	34
2	2	29	37
3	3	30	40
4	4	31	43
5	5	32	46
6	6	33	49
7	7	34	52
8	8	35	55
9	9	36	58
10	10	37	61
11	11	38	64
12	12	39	67
13	13	40	70
14	14	41	73
15	15	42	76
16	16	43	79
17	17	44	82
18	18	45	85
19	19	46	88
20	20	47	91
21	21	48	94
22	22	49	97
23	23	50	100
24	24	51	105
25	25	52	110
26	28	53	115
27	31	54	120

Grado d'invalidità in %	Indennità in % della somma assicurata convenuta	Grado d'invalidità in %	Indennità in % della somma assicurata convenuta
55	125	78	240
56	130	79	245
57	135	80	250
58	140	81	255
59	145	82	260
60	150	83	265
61	155	84	270
62	160	85	275
63	165	86	280
64	170	87	285
65	175	88	290
66	180	89	295
67	185	90	300
68	190	91	305
69	195	92	310
70	200	93	315
71	205	94	320
72	210	95	325
73	215	96	330
74	220	97	335
75	225	98	340
76	230	99	345
77	235	100	350

10 Restrizioni delle prestazioni

10.1 Principio

La regolamentazione relativa alle restrizioni delle prestazioni secondo le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA non trova applicazione per l'assicurazione capita infortunio (capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio).

10.2 Esclusione delle prestazioni

Non sussiste diritto alle prestazioni assicurative:

- a seguito di guerre, guerre civili e/o situazioni simili alle guerre
 - in Svizzera, nel Principato del Liechtenstein e/o negli stati limitrofi,
 - all'estero, a meno che l'infortunio avvenga entro 14 giorni dalla prima apparizione di tali avvenimenti nel paese in cui la persona assicurata soggiorna e che essa sia stata sorpresa dagli avvenimenti bellicosi in tale paese,
- a seguito di terremoti in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein;
- a seguito di pericoli straordinari. Sono considerati tali:
 - il servizio militare all'estero,
 - la partecipazione ad azioni bellicose, ad atti terroristici, il compimento di delitti,
 - le conseguenze di disordini di ogni genere, a meno che non abbia collaborato direttamente o indirettamente con gli istigatori di questi disordini,
- a seguito di crimini o delitti commessi intenzionalmente dalla persona assicurata o a seguito del tentativo di compiere gli stessi, anche nel caso in cui tale crimine o delitto sia stato semplicemente tollerato,

- a seguito dell'effetto di raggi ionizzanti e danni derivanti dall'energia nucleare,
- nel caso di incidenti in cui la persona assicurata presenti un tasso di alcolemia nel sangue uguale o superiore al 2 per mille del peso, a meno che sia esclusa con ogni evidenza una relazione causale tra lo stato di ebrezza e l'infortunio,
- a seguito di atti temerari (azioni mediante le quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente elevato senza prendere o poter prendere delle misure che possano limitare il rischio a una misura ragionevole),
- a seguito di suicidio o lesioni corporali che la persona assicurata si è provocata intenzionalmente o in uno stato di completa o parziale capacità di discernimento,
- a seguito dell'assunzione o l'iniezione intenzionale di medicinali, droghe e prodotti chimici,
- a seguito di interventi medici o chirurgici che non si sono resi necessari in seguito a un infortunio assicurato,
- durante l'uso di velivoli in qualità di pilota militare, altro membro militare dell'equipaggio e granatieri paracadutisti,
- durante lanci con i paracaduti militari,
- durante viaggi aerei, se la persona assicurata viola intenzionalmente prescrizioni delle autorità o se non è in possesso dei documenti e delle autorizzazioni ufficiali,
- nella partecipazione ai costi legali e regolamentari della persona assicurata nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie.

10.3 Decurtazione delle prestazioni

10.3.1 Fattori accidentali estranei

Se il decorso di un infortunio assicurato è influenzato da fattori estranei ad esso, l'assicuratore accorda unicamente la parte delle prestazioni convenute che sarà stabilita da una valutazione medica. I fattori estranei all'infortunio vengono considerati già al momento della determinazione del grado d'invalidità e non soltanto al momento della determinazione del capitale d'invalidità.

10.3.2 Violazione degli obblighi in caso di sinistro

In caso di violazione colposa degli obblighi da parte della persona assicurata le prestazioni possono essere decurtate.

10.3.3 Ulteriori riduzioni delle prestazioni

Le ulteriori riduzioni delle prestazioni si basano sulle disposizioni della LAINF vigenti al momento dell'infortunio oppure dell'insorgere della malattia professionale (art. 37-39).

10.4 Decesso causato da una persona avente diritto

Se un beneficiario causa intenzionalmente il decesso della persona assicurata mentre compie un crimine o un delitto, esso non ha alcun diritto a prestazioni pecuniarie. Se un beneficiario ha provocato con negligenza grave il decesso della persona assicurata, le prestazioni a cui ha diritto vengono ridotte, in casi particolarmente gravi possono essere rifiutate.

11 Spese per la riforma professionale

Se una riforma professionale è necessaria con riferimento a un infortunio per cui l'assicuratore ha fornito delle prestazioni, l'assicuratore si assume le relative spese appropriate, al massimo fino al 10% dell'importo della somma d'invalidità assicurata.

12 Comportamento in caso di sinistro

Un infortunio occorso che verosimilmente provocherà un obbligo di prestazione dell'assicuratore va notificato a Sympany senza indugio.

Un caso di decesso deve essere notificato immediatamente, al più tardi entro 10 giorni.

La persona assicurata deve sottoporsi agli esami e alle disposizioni dei medici eventualmente incaricati dall'assicuratore a proprie spese.

La persona assicurata è tenuta a fornire immediatamente all'assicuratore ogni informazione richiesta concernente lo stato di salute precedente o attuale come pure sul decorso dell'infortunio e della guarigione.

La persona assicurata o le persone aventi diritto devono motivare a loro spese le proprie pretese mediante attestati medici. Questi ultimi possono essere richiesti anche dall'assicuratore.

La persona assicurata è tenuta a esonerare dal segreto professionale tutti i medici presso i quali è stata curata in seguito a un infortunio o malattia, affinché possano fornire all'assicuratore ogni informazione richiesta.

Se le persone assicurate o gli aventi diritto non adempiono in modo colposo uno di questi obblighi, l'assicuratore è autorizzato a decurtare le prestazioni nella misura della riduzione in caso di notifica tempestiva, a meno che le persone assicurate o gli aventi diritto provino che la violazione del contratto non ha influito sulle conseguenze dell'infortunio e sulle relative constatazioni.

13 Comunicazioni all'assicuratore

Tutte le comunicazioni e gli avvisi devono essere indirizzati a Sympany. L'assicuratore riconosce tali comunicazioni e avvisi come se fossero stati effettuati a lui stesso. Tutte le comunicazioni da parte dell'assicuratore avvengono in maniera giuridicamente valida all'ultimo indirizzo in Svizzera notificato dalla persona assicurata o dall'avente diritto.

14 Diritto applicabile

Per il resto si applicano le prescrizioni della Legge del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA).

In caso di dubbi o controversie fa fede esclusivamente la versione tedesca.

