

# Assicurazione malattia complementare secondo LCA

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)  
Edizione 01.2010

## Indice

<b>I Disposizioni generali</b>				
1	Introduzione	2		
2	Basi del contratto	2		
3	Assicuratore e persona assicurata	2		
4	Oggetto delle assicurazioni	2		
5	Validità territoriale	2		
<b>II Definizioni</b>				
6	Interpretazione delle definizioni	2		
7	Malattia e maternità	2		
8	Infortunio	2		
9	Fornitori di prestazioni	2		
10	Caso assicurativo	2		
<b>III Inizio e fine delle assicurazioni</b>				
11	Condizioni d'ammissione	2		
12	Inizio e durata delle assicurazioni	3		
13	Fine delle assicurazioni	3		
14	Sospensione delle assicurazioni	3		
15	Disdetta da parte della persona assicurata	3		
16	Rinuncia al diritto di disdetta da parte dell'assicuratore	3		
<b>IV Premi e partecipazioni ai costi</b>				
17	Premi, tariffe dei premi e partecipazioni ai costi	3		
18	Adeguamento della tariffa dei premi, della partecipazione ai costi e del gruppo d'età	3		
19	Ribassi e bonus	3		
20	Scadenza e pagamento dei premi	4		
21	Richiamo e ritardo nel pagamento	4		
22	Rimborso dei premi	4		
23	Rimborso di partecipazioni ai costi	4		
<b>V Doveri della persona assicurata</b>				
24	Obblighi generali per tutta la durata dell'assicurazione	4		
25	Obblighi in caso assicurativo	5		
26	Violazione degli obblighi	5		
<b>VI Estensione della copertura assicurativa</b>				
27	Diritto ed estensione delle prestazioni	5		
28	Prestazioni non assicurate	5		
29	Riduzioni delle prestazioni	5		
30	Computazione di prestazioni in caso di polizza sostitutiva	5		
31	Sussidiarietà e prestazioni di terzi	6		
32	Prestazione anticipata	6		
<b>VII Varie</b>				
33	Obbligo di pagamento	6		
34	Versamenti dell'assicuratore	6		
35	Accordi sull'onorario e tariffe	6		
36	Compensazione, cessione, costituzione in pegno e rimborso	6		
37	Tessera d'assicurato	6		
38	Comunicazioni e cambio d'indirizzo	6		
39	Protezione dei dati	6		
40	Adattamento delle condizioni d'assicurazione	7		
41	Liste dell'assicuratore	7		
42	Luogo d'adempimento e foro competenti	7		
<b>Allegato</b>				
43	Ribasso familiare	7		

## I Disposizioni generali

---

### 1 Introduzione

1.1 Il qui seguente testo redatto in forma maschile vale per analogia anche per persone di sesso femminile.

1.2 Le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) valgono per le assicurazioni malattia complementari secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

1.3 Ogni contratto riguardante un'assicurazione malattie complementare è da considerare contratto a parte.

### 2 Basi del contratto

2.1 Le basi del singolo contratto sono formate da tutte le dichiarazioni scritte che il contraente (proponente) e/o la persona assicurata (risp. la persona da assicurare) o i suoi rappresentanti, nonché l'assicuratore indicano nella proposta d'assicurazione, in rapporti medici o in altri documenti.

2.2 I diritti e gli obblighi delle parti contraenti sono regolamentati nella polizza assicurativa, nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA), nelle Condizioni supplementari (CS), nonché in eventuali ulteriori accordi.

2.3 Le CS regolano il rapporto assicurativo in maniera più dettagliata e a complemento delle presenti CGA. Le disposizioni derogatorie nelle CS prevalgono rispetto alle presenti CGA.

2.4 Gli eventuali accordi particolari tra le parti contraenti obbligano l'assicuratore solo se sono state confermate per iscritto da quest'ultimo. Gli accordi di questo tipo prevalgono rispetto alle presenti CGA e alle relative CS, qualora dovessero contenere regolamentazioni derogatorie.

2.5 Nella misura in cui nelle presenti CGA, nelle CS o negli eventuali accordi particolari non vi sono riportate regolamentazioni divergenti, per il contratto assicurativo valgono le disposizioni della LCA.

### 3 Assicuratore e persona assicurata

3.1 La CSS Assicurazione SA, Tribtschenstrasse 21, 6005 Lucerna (qui di seguito denominata «assicuratore») è soggetto giuridico delle assicurazioni ai sensi delle presenti CGA.

3.2 È considerata persona assicurata, la persona riportata nella polizza assicurativa. Contraente l'assicurazione è la parte contraente che, stipulando il contratto assicurativo, ottiene copertura assicurativa per se stessa e/o per altre persone. Laddove nelle presenti CGA e nelle relative CS si menziona la persona assicurata, per analogia s'intende anche il contraente.

### 4 Oggetto delle assicurazioni

4.1 Sono assicurabili le conseguenze economiche di malattia, maternità ed infortunio a complemento delle altre assicurazioni sociali, in modo particolare dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e/o dell'Assicurazione contro gli infortuni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).

4.2 Le particolarità delle diverse assicurazioni malattia complementari sono regolamentate nelle singole CS.

### 5 Validità territoriale

Nella misura in cui le CS o le presenti CGA non prevedono regolamentazioni derogatorie, le assicurazioni valgono per trattamenti eseguiti in Svizzera.

## II Definizioni

---

### 6 Interpretazione delle definizioni

L'interpretazione delle definizioni descritte e utilizzate nelle presenti CGA e nelle CS riguardanti la malattia, la maternità e l'infortunio (vedi cifre 7 e 8), efficacia, adegua-

tezza ed economicità (vedi cifra 27.1), nonché domicilio (vedi cifre 13 lett. d o 38.3) va giudicata analogamente alle disposizioni e i criteri in vigore nell'ambito del diritto delle assicurazioni sociali.

### 7 Malattia e maternità

7.1 È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

7.2 La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre. In caso di maternità, l'assicuratore eroga le stesse prestazioni come per la malattia, a condizione che la madre il giorno del parto disponeva già da almeno 365 giorni di una relativa assicurazione complementare per malattia e maternità presso l'assicuratore.

### 8 Infortunio

8.1 È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte.

8.2 Le lesioni corporali parificate a infortunio e le malattie professionali sono equiparate agli infortuni. Sono determinanti le disposizioni della LAINF.

### 9 Fornitori di prestazioni

Sono considerati fornitori di prestazioni le persone, gli stabilimenti e le istituzioni che sono autorizzati secondo LAMal, sono riconosciuti dall'assicuratore e che adempiono le condizioni poste.

### 10 Caso assicurativo

Si è in presenza di un caso assicurativo, quando si verifica un fatto che costituisce un obbligo di versare prestazioni riconosciuto dall'assicuratore risp. un diritto a prestazioni della persona assicurata riconosciuto dall'assicuratore.

## III Inizio e fine delle assicurazioni

---

### 11 Condizioni d'ammissione

11.1 Ai fini dell'ammissione nella singola assicurazione o per cambiamenti dell'assicurazione, il contraente e/o la persona da assicurare o il suo rappresentante legale deve compilare in modo veritiero e completo l'apposito formulario di proposta assicurativa, firmarlo e inviarlo all'assicuratore.

11.2 Con la firma sulla proposta assicurativa, l'assicuratore è autorizzata a fornire o richiedere in qualsiasi momento le informazioni necessarie per la valutazione della protezione assicurativa e dell'evasione del sinistro presso medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali o privati e autorità preposte risp. presso i loro medici di fiducia o della società, in osservanza delle disposizioni legali sulla protezione dei dati. Le istanze coinvolte, in questi casi sono esonerati dal loro obbligo a mantenere il segreto e dal segreto professionale.

11.3 La decisione relativa all'ammissione dell'assicuratore può essere resa dipendente dal risultato di una visita medica.

11.4 L'assicuratore si riserva il diritto di accettare, rifiutare la proposta assicurativa oppure di applicare riserve o esclusioni.

11.5 Se al momento della stipulazione dell'assicurazione il proponente nel questionario scritto ha dato indicazioni false o ha taciuto su un fatto importante che conosceva o che avrebbe dovuto conoscere, in particolare in relazione a malattie o postumi d'infortunio esistenti al momento della presentazione della proposta d'assicurazione o pre-

cedenti la stessa, in tal caso l'assicuratore ha il diritto di disdire per iscritto il contratto entro quattro settimane da quando è venuta a conoscenza della violazione dell'obbligo di dichiarazione (art. 6 cpv. 1 e 2 LCA).

## 12 Inizio e durata delle assicurazioni

12.1 Il singolo contratto assicurativo entra in vigore alla data indicata nella polizza assicurativa. Rimangono riservati i differimenti e i periodi d'attesa previsti nelle presenti CGA e nelle CS.

12.2 La durata del singolo contratto è stabilita nella polizza assicurativa. Alla scadenza della durata concordata, il contratto si rinnova tacitamente per un anno.

## 13 Fine delle assicurazioni

Le assicurazioni si estinguono:

- a) con la disdetta da parte della persona assicurata, trascorso il periodo di preavviso;
- b) con la disdetta da parte della persona assicurata (vedi cifra 15.3) o da parte dell'assicuratore (vedi cifra 21.3);
- c) al momento del trasferimento all'estero del domicilio della persona assicurata; oppure
- d) in caso di soggiorno temporaneo di oltre un anno all'estero della persona assicurata, con effetto alla fine dell'anno civile nel quale è iniziato il soggiorno all'estero, qualora le assicurazioni non sono state precedentemente sospese risp. la domanda di sospensione è stata respinta (vedi cifra 14);
- e) con il decesso della persona assicurata.

## 14 Sospensione delle assicurazioni

Prima dell'inizio di un soggiorno all'estero di almeno sei mesi, su domanda scritta e con una riduzione dei premi, la persona assicurata può far sospendere le assicurazioni. L'assicuratore può respingere le richieste di sospensione senza dover indicare alcun motivo. Le ulteriori condizioni e modalità sono stabilite unilateralmente dall'assicuratore.

## 15 Disdetta da parte della persona assicurata

15.1 La persona assicurata deve disdire singolarmente ogni contratto assicurativo (vedi cifra 1.3). La persona assicurata può disdire la singola assicurazione allo scadere della durata contrattuale minima concordata, rispettando un preavviso di disdetta di tre mesi e con effetto alla fine dell'anno civile.

15.2 La disdetta deve essere inoltrata per iscritto. La disdetta è avvenuta tempestivamente se è giunta presso l'assicuratore, durante gli usuali orari d'ufficio, al più tardi l'ultimo giorno prima dell'inizio del periodo di preavviso.

15.3 Nel caso assicurativo, la persona assicurata può disdire il contratto al più tardi entro 14 giorni dalla data in cui ha avuto notizia dell'ultimo pagamento dell'assicuratore (art. 42 LCA). Se la persona assicurata ha dichiarato la sua disdetta, la copertura assicurativa termina entro 14 giorni dalla data in cui la disdetta è pervenuta all'assicuratore. L'assicuratore ha comunque diritto ai premi per l'anno civile in corso, qualora la persona assicurata disdice il contratto assicurativo durante l'anno successivo alla stipulazione del contratto.

15.4 In caso di lesione dell'obbligo di informare dell'assicuratore, in virtù dell'art. 3 LCA, la persona assicurata ha diritto a disdire il contratto entro quattro settimane dalla data in cui ne è venuta a conoscenza, al più tardi tuttavia entro un anno dalla lesione dell'obbligo da parte dell'assicuratore.

## 16 Rinuncia al diritto di disdetta da parte dell'assicuratore

16.1 L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto di disdetta allo scadere del contratto.

16.2 L'assicuratore rinuncia inoltre al suo diritto di disdetta previsto dalla legge in caso assicurativo.

16.3 La rinuncia non vale per i casi di violazione dell'obbligo di notifica (vedi cifra 11.5), in caso di abuso dell'assicurazione tentato o compiuto, nonché in caso di ritardo nel pagamento (vedi cifra 21.3).

## IV Premi e partecipazioni ai costi

### 17 Premi, tariffe dei premi e partecipazioni ai costi

17.1 Il premio è riportato sulla polizza assicurativa valevole per l'anno civile corrente.

17.2 La tariffa dei premi può prevedere una graduazione dei premi secondo dati di fatto rilevanti ai fini dei premi, come ad esempio secondo l'età, il sesso, lo stato di salute o il domicilio della persona assicurata. Se le persone assicurate vengono suddivise in gruppi di età, questi comprendono sempre diverse fasce di età e saranno adeguati all'avanzamento dell'età della persona assicurata. Se un dato di fatto rilevante ai fini dei premi subisce dei cambiamenti, ciò deve essere comunicato immediatamente per iscritto all'assicuratore.

17.3 La partecipazione ai costi è regolamentata nelle CS.

### 18 Adeguamento della tariffa dei premi, della partecipazione ai costi e del gruppo d'età

18.1 L'assicuratore può adeguare le tariffe dei premi o le regolamentazioni riguardo alla partecipazione ai costi (franchigia e quota-parte) in base all'evoluzione dei costi, dell'andamento dei sinistri, per adeguamento dell'entità della copertura nonché per modifiche di legge.

18.2 L'assicuratore rende note alla persona assicurata, al più tardi 30 giorni prima della fine dell'anno civile, le modifiche delle tariffe dei premi e delle regole di partecipazione ai costi, nonché la modifica dei premi a seguito di passaggio in un altro gruppo d'età.

18.3 Qualora la persona assicurata non dovesse essere d'accordo con tali modifiche (cifra 18.2), il singolo contratto interessato dalla modifica può essere disdetto per iscritto per la fine dell'anno civile corrente.

La disdetta è avvenuta tempestivamente se è giunta presso l'assicuratore, durante gli usuali orari d'ufficio, al più tardi l'ultimo giorno lavorativo dell'anno civile in corso.

18.4 Se la persona assicurata non presenta la disdetta, l'adattamento dell'assicurazione di cui trattasi è considerato approvato.

18.5 Qualora il cambio d'indirizzo abbia per conseguenza una modifica del premio, l'assicuratore adegua i premi con effetto alla data del cambio d'indirizzo. Un adattamento di questo tipo non autorizza a disdire il contratto.

18.6 L'assicuratore ha la facoltà di concedere ribassi e bonus. Se in base ai criteri stabiliti contrattualmente non sarà versato alcun bonus risp. non sarà applicato alcun ribasso, questo dato di fatto non dà diritto a disdire l'assicurazione stipulata.

### 19 Ribassi e boni

19.1 La CSS ha la facoltà di concedere ribassi e bonus. La perdita dei ribassi derivante dall'inadempimento delle premesse ai fini del diritto non autorizza a disdire l'assicurazione stipulata. Lo stesso vale se in base ai criteri stabiliti ai sensi del contratto non sarà versato alcun bonus. La diminuzione dei ribassi risp. dei bonus a seguito dell'adeguamento delle tariffe da parte della CSS e/o la modifica delle premesse ai fini del diritto ad un ribasso risp. bonus da parte della CSS generano un diritto alla disdetta.

19.2 La CSS concede un ribasso familiare ai bambini e ai giovani fino alla fine dell'anno civile, nel quale la persona assicurata compie il 20° anno di età.

La CSS regola i dettagli relativi al ribasso familiare in un allegato alle CGA. La CSS può modificare unilateralmente l'alle-

gato alle CGA. Le modifiche avvengono sempre con effetto all'inizio di un anno civile.

L'entità del ribasso dipende dalla copertura assicurativa della persona titolare del ribasso (persona responsabile dell'educazione) e di quella del bambino risp. del giovane. Essa è riportata nella polizza.

Gli aventi diritto sono i bambini e i giovani fino al compimento del 20° anno di età date le seguenti condizioni cumulative:

- a) Il bambino dispone di un'assicurazione di base presso la CSS Assicurazione malattie SA, Arcosana SA, Sanagate AG o INTRAS Assicurazione malattie SA.
- b) Una persona adulta responsabile dell'educazione (persona titolare del ribasso) vive nella stessa economia domestica.
- c) La persona titolare del ribasso dispone di un'assicurazione di base presso la CSS Assicurazione malattie SA, Arcosana SA, Sanagate SA o INTRAS Assicurazione malattie SA.

19.3 L'importo del ribasso si calcola sempre sul premio netto ed è riportato per ogni prodotto nella polizza risp. nella panoramica dei premi.

Esempio di calcolo Assicurazione ambulatoriale Optima con più ribassi:

Premio lordo	CHF	7.80
– Ribasso I (fittizio) 10%	CHF	0.80
Premio netto I	CHF	7.00
– Ribasso II (fittizio) 20%	CHF	1.40
<b>Premio netto II</b>	<b>CHF</b>	<b>5.60</b>

**(premio effettivo da pagare)**

19.4 La CSS rende note le modifiche dei ribassi e dei bonus nonché delle premesse ai fini del diritto a un ribasso risp. a un bonus al più tardi 30 giorni prima della fine dell'anno civile. Qualora la persona assicurata non dovesse essere d'accordo con tali modifiche, la singola assicurazione interessata dalla modifica può essere disdetta per iscritto per la fine dell'anno civile corrente. La disdetta è avvenuta tempestivamente se è giunta presso la CSS durante gli usuali orari d'ufficio, al più tardi l'ultimo giorno lavorativo dell'anno civile corrente.

## 20 Scadenza e pagamento dei premi

20.1 I premi devono essere versati mensilmente in anticipo, con un accordo particolare i pagamenti possono avvenire anche bimestralmente, trimestralmente, semestralmente o annualmente.

20.2 Se la persona assicurata dispone di più assicurazioni, essa deve scegliere una modalità di pagamento ai sensi della cifra 20.1 unitaria per tutte le sue assicurazioni.

20.3 I premi sono dovuti per l'intero mese, anche se il contratto ha inizio o termina nel corso di un mese.

## 21 Richiamo e ritardo del pagamento

21.1 Se il premio non viene pagato entro la data di scadenza riportata in fattura, la persona assicurata viene esortata per iscritto, con avvertenza delle conseguenze di mora, ad effettuare il pagamento dei premi dovuti entro un termine suppletivo di 14 giorni, ai sensi dell'art. 21 cpv. 1 LCA dall'invio del richiamo. Se il richiamo rimane senza effetto, l'obbligo di erogare prestazioni viene sospeso a partire dalla data di scadenza del termine di richiamo.

21.2 Allo scadere del termine di richiamo, la persona assicurata deve versare l'interesse di mora legalmente previsto. I costi del richiamo devono essere assunti dalla persona assicurata

21.3 Se il premio arretrato non viene richiesto per via legale entro due mesi dalla scadenza del termine di richiamo, rinunciando al pagamento del premio arretrato, l'assicuratore recede dal contratto.

21.4 Se l'assicuratore ha richiesto il premio per via legale o l'ha accettato successivamente, il suo obbligo di versare prestazioni è ripristinato dal momento in cui il premio arretrato, con interessi e spese, viene pagato. L'assicuratore non ha alcun obbligo di erogare prestazioni a copertura di casi assicurativi avvenuti durante il periodo di sospensione dell'obbligo a versare prestazioni, e ciò neppure dopo l'avvenuto pagamento del premio arretrato.

## 22 Rimborso dei premi

22.1 In caso di scioglimento dell'assicurazione per cause legali o contrattuali prima della scadenza del periodo assicurativo convenuto, l'assicuratore rimborsa la parte di premio anticipato per il periodo non trascorso, oppure non richiede più il versamento delle rate che sarebbero scadute in seguito.

22.2 Questa regolamentazione non vale, se la persona assicurata disdice il contratto assicurativo durante l'anno successivo alla stipulazione del contratto ai sensi dell'art. 42 cpv. 3 LCA (vedi cifra 15.3).

## 23 Rimborso di partecipazioni ai costi

23.1 In caso di pagamenti diretti dell'assicuratore ai fornitori di prestazioni, la persona assicurata è obbligata a rimborsare all'assicuratore entro 30 giorni dalla fatturazione la franchigia e l'aliquota percentuale convenute.

23.2 Se la persona assicurata non dà seguito al suo obbligo di pagamento, vale per analogia la cifra 21.

## V Doveri della persona assicurata

### 24 Obblighi generali per tutta la durata dell'assicurazione

24.1 Qualora una malattia o un infortunio richieda presumibilmente prestazioni assicurative, la persona assicurata deve provvedere a sottoporsi quanto prima a cure mediche idonee. La persona assicurata è obbligata ad attenersi alle prescrizioni mediche o alle prescrizioni di altri fornitori di prestazioni ed astenersi da tutto ciò che potrebbe mettere in pericolo o ritardare la sua guarigione (obbligo di ridurre il danno).

24.2 L'assicuratore ha il diritto di richiedere ai fornitori di prestazioni ulteriori documentazioni ed informazioni, in particolare certificati medici. La persona assicurata deve inoltre fornire all'assicuratore informazioni complete e veritiere su tutto ciò che riguarda il caso assicurativo ed esonera i fornitori di prestazioni, presso i quali è o è stata in trattamento, dall'obbligo di salvaguardare il segreto e dal segreto professionale nei confronti l'assicuratore.

### 25 Obblighi in caso assicurativo

25.1 La persona assicurata, in caso assicurativo è obbligata a fornire immediatamente all'assicuratore tutte le informazioni, documentazioni e giustificativi (in modo particolare fatture originali e certificati medici), affinché l'assicuratore possa accertare il suo obbligo contrattuale a versare prestazioni. Ciò vale anche in caso di un trattamento all'estero. L'assicuratore può richiedere, con spese a carico della persona assicurata, una traduzione giurata in una delle lingue nazionali svizzere.

25.2 La persona assicurata concede all'assicuratore il diritto di usufruire della consulenza dei medici della società e dei medici di fiducia per la verifica del suo obbligo contrattuale al versamento delle prestazioni. Quest'ultimi sono autorizzati a prendere visione di tutti i documenti della persona assicurata rilevanti ai fini della verifica dell'obbligo di versare prestazioni.

25.3 Su richiesta dell'assicuratore, la persona assicurata è tenuta a sottoporsi ad una visita medica effettuata da medici

- incaricati dall'assicuratore. I costi risultanti da tale visita sono presi a carico dall'assicuratore.
- 25.4 La persona assicurata ha l'obbligo di informare immediatamente l'assicuratore su tutte le prestazioni di terzi (ad es. altri assicuratori).
- 25.5 Le fatture dall'estero sono rimborsate in valuta svizzera all'indirizzo di pagamento indicato in Svizzera, sulla base del corso di conversione ufficiale (vendita) valido alla data della fattura.
- 25.6 In caso di fatture errate o falsificate, nonché in caso di frode assicurativa o tentata frode non saranno erogate prestazioni. In casi di questo genere la persona assicurata deve rispondere dei costi per il controllo della fattura da parte dall'assicuratore o dei suoi incaricati, nonché all'evasione della pratica.
- 25.7 L'inizio di un trattamento stazionario presso fornitori di prestazioni riconosciuti ai sensi della cifra 9 (ad esempio ingresso in ospedale) deve essere per principio notificato immediatamente all'assicuratore o al Centralino d'emergenza dell'assicuratore, al più tardi tuttavia entro cinque giorni dall'inizio.
- 25.8 È necessario richiedere all'assicuratore o al Centralino d'emergenza dell'assicuratore una garanzia di pagamento prima dell'inizio del trattamento, se ciò è espressamente menzionato nelle CS.

## 26 Violazione degli obblighi

- 26.1 Se la persona assicurata viola gli obblighi contrattuali, l'assicuratore può negare o stabilire le prestazioni secondo il proprio giudizio. In costi legati agli accertamenti devono essere assunti dalla persona assicurata.
- 26.2 Questi svantaggi legali non si verificano, se, per le circostanze in cui si è verificata, la violazione è da considerare senza colpa ai sensi dell'art. 45 LCA.

## VI Estensione della copertura assicurativa

### 27 Diritto ed estensione delle prestazioni

- 27.1 L'assicuratore eroga prestazioni per misure diagnostiche e terapeutiche, medicinali e mezzi ausiliari efficaci, appropriati, economici, a condizione che siano fornite da fornitori di prestazioni riconosciuti ai sensi della cifra 9. Maggiori dettagli sul diritto a prestazioni sono regolamentati nelle CS.
- 27.2 L'obbligo dell'assicuratore a versare prestazioni si estingue completamente alla fine del contratto. Ciò vale anche per i casi assicurativi correnti, tenuto in considerazione che è determinante la data di trattamento.
- 27.3 L'estensione delle prestazioni nel caso assicurativo è regolamentata in maniera esaustiva nelle CS.

### 28 Prestazioni non assicurate

- 28.1 Le seguenti prestazioni (comprese complicazioni e postumi) sono escluse dalle assicurazioni, se le CS non prevedono deroghe:
- prestazioni legali, in modo particolare quelle secondo la LAMal e la LAINF;
  - prestazioni per soggiorni presso fornitori di prestazioni ai sensi della cifra 9, che non comportano o non comportano più alcuna utilità ai fini del sostanziale miglioramento dello stato di salute (ad esempio cura a lungo termine di persone con malattie croniche).
  - i costi per il trattamento, la cura o per il parto, se la persona assicurata si è recata per questo all'estero; l'assicuratore eroga prestazioni all'estero soltanto in quanto che non si può esigere dalla persona assicurata un rientro in Svizzera;

- postumi di malattie o infortuni che esistevano già al momento della stipulazione del contratto o che formano oggetto di una riserva o di una esclusione (vedi cifra 11.4);
- prestazioni per la disintossicazione fisica e per cure di disassuefazione;
- prestazioni per trattamenti cosmetici;
- prestazioni per l'inseminazione artificiale e trattamenti contro la sterilità
- prestazioni per cambiamenti di sesso;
- prestazioni per trapianti;
- prestazioni per terapia cellulare;
- partecipazioni alle spese, aliquote dei pazienti e spese;
- prestazioni per trattamenti che non mirano in primo luogo al trattamento di malattia o infortunio, bensì hanno piuttosto un retroscena di tipo sociale (ad esempio consulenza coniugale, consulenze per la scoperta o la realizzazione di sé stessi, maturazione della personalità);
- prestazioni che secondo la LAMal devono essere assunte dai poteri pubblici.

28.2 Non vengono erogate neppure prestazioni per malattie e infortuni (comprese complicazioni e postumi) legate a:

- violazioni della neutralità ed eventi bellici, comprese l'impiego di agenti nucleari o radioattivi per scopi militari in Svizzera e all'estero in tempi di guerra e di pace;
- azione di raggi ionizzanti e danni derivanti dall'energia nucleare;
- epidemie e pandemie
- terremoti o altre violente scosse;
- partecipazione ad eventi bellici o atti di terrorismo;
- partecipazione a sommosse, dimostrazioni o avvenimenti simili;
- crimini o delitti di natura colposa commessi dalla persona assicurata;
- tentato o compiuto suicidio o automutilazione;
- consumo di droghe, stupefacenti e altre sostanze tossiche, come pure abuso di alcool e medicinali;
- servizio militare all'estero;
- partecipazione a risse ed a baruffe, sparatorie o eventi simili, a meno che la persona assicurata sia stata ferita dai contendenti, senza aver avuto parte alcuna alla contesa, o prestando soccorso ad una persona nell'impossibilità di difendersi;
- pericoli straordinari (art. 49 OAINF) e atti temerari (Art. 50 OAINF) da parte della persona assicurata; ai fini del giudizio di un pericolo straordinario risp. atto temerario sono applicabili le disposizioni legali e la giurisprudenza nell'ambito dell'assicurazione infortuni sociale.

### 29 Riduzioni delle prestazioni

29.1 Se la durata della copertura assicurativa non è di un anno civile completo, l'importo massimo assicurato, qualora quest'ultimo sia indicato nelle CS risp. nella polizza assicurativa, sarà ridotto proporzionalmente.

29.2 Le prestazioni assicurate vengono ridotte e in casi particolarmente gravi negate:

- se la persona assicurata non rispetta i suoi obblighi secondo le cifre 24 e 25, a meno che essa possa dimostrare che la lesione dell'obbligo non è imputabile a colpa (cifra 26.2);
- se la persona assicurata ha causato per colpa grave il verificarsi del caso assicurativo.

### 30 Computazione di prestazioni in caso di polizza sostitutiva

Se il contratto sostituisce un precedente contratto dell'assicuratore, le prestazioni limitate, percepite con la polizza rimpiazzata vengono computate alle prestazioni future.

- 31 Sussidiarietà e prestazioni di terzi**
- 31.1 Tutte le prestazioni dell'assicuratore concordate contrattualmente vengono versate a complemento di altre assicurazioni sociali, in modo particolare a complemento delle prestazioni previste dalla legislazione federale svizzera sull'assicurazione militare, infortuni, invalidità e malattie, nonché delle prestazioni di assicuratori esteri di questo tipo. Qualora la persona assicurata avesse diritto a prestazioni da parte delle citate assicurazioni sociali, le prestazioni dell'assicuratore saranno concesse solo se il caso è stato tempestivamente notificato a questi assicuratori.
- 31.2 In caso di assicurazione doppia o multipla, l'assicuratore contribuisce proporzionalmente, in base alle prescrizioni legali (vedi art. 71 cpv. 1 LCA).
- 31.3 Se un terzo o il suo assicuratore ha la responsabilità civile nei confronti della persona assicurata, l'assicuratore per tale entità non eroga prestazioni. Qualora il terzo o il suo assicuratore nega la propria responsabilità civile o l'obbligo a versare prestazioni, l'assicuratore non è comunque tenuta ad erogare prestazioni.
- 32 Prestazione anticipata**
- 32.1 L'assicuratore può anticipare delle prestazioni, a condizione che la persona assicurata le ceda i suoi diritti verso terzi nella misura corrispondente alle prestazioni anticipate e s'impegni a non intraprendere nulla che possa ostacolare l'esercizio di un eventuale diritto di regresso verso terzi. Tutte le partecipazioni ai costi rimangono in questo caso comunque dovute.
- 32.2 Qualora la persona assicurata prenda un accordo con un terzo riguardante le prestazioni di quest'ultimo senza l'approvazione preventiva dell'assicuratore, l'assicuratore non è in obbligo di versare prestazioni.
- VII Varie**
- 33 Obbligo di pagamento**
- Debitore degli onorari nei confronti dei fornitori di prestazioni è per principio la persona assicurata. La persona assicurata accetta però contratti tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni, i quali prevedono il pagamento diretto al fornitore di prestazioni.
- 34 Versamenti dell'assicuratore**
- L'assicuratore effettua i pagamenti alla persona assicurata sul conto bancario o postale, mediante versamento privo di spese. Qualora la persona assicurata desideri un altro tipo di versamento, l'assicuratore addebita le spese create alla persona assicurata. Per ognuno di questi pagamenti, l'assicuratore addebita un ulteriore importo per il maggiore onere amministrativo.
- 35 Accordi sull'onorario e tariffe**
- Accordi di pagamento tra l'assicurato e il fornitore di prestazioni non sono vincolanti per l'assicuratore. Un diritto a prestazioni esiste solo nell'ambito delle tariffe contrattate risp. riconosciute dall'assicuratore.
- 36 Compensazione, cessione, costituzione in pegno e rimborso**
- 36.1 L'assicuratore è autorizzata a compensare i premi arretrati e/o partecipazioni ai costi con diritti a prestazioni della persona assicurata. La persona assicurata non può esercitare alcun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.
- 36.2 Il diritto alle prestazioni assicurate non può essere né ceduto né costituito in pegno prima che lo stesso sia stato fissato definitivamente e senza l'esplicita approvazione da parte dell'assicuratore.
- 26.3 Le prestazioni ricevute a torto dalla persona assicurata devono essere restituite all'assicuratore.
- 37 Tessera d'assicurato**
- 37.1 La persona assicurata, a seconda del tipo di assicurazioni stipulate, può ricevere una tessera d'assicurato. A condizione che sussistano contratti in tal senso, la tessera autorizza a percepire prestazioni, in modo particolare medicinali.
- 37.2 La tessera d'assicurato è valida per la durata della copertura assicurativa. Essa non può essere prestata né ceduta né resa accessibile a terzi. Se la tessera d'assicurato viene smarrita o, per qualsiasi motivo, non è più in possesso della persona assicurata, l'assicuratore ne deve essere immediatamente informata. La persona assicurata deve distruggere la tessera d'assicurato non appena la copertura assicurativa si estingue.
- 37.3 In caso di uso abusivo della tessera d'assicurato, la persona alla quale essa è intestata è ritenuta responsabile per i danni cagionati all'assicuratore. Segnatamente, devono essere rimborsate all'assicuratore le prestazioni assicurative indebitamente percepite e devono essere sostenute le spese risultanti per l'assicuratore. È fatta salva la mancanza di colpa ai sensi dell'art. 45 LCA.
- 38 Comunicazioni e cambio d'indirizzo**
- 38.1 Tutte le comunicazioni possono essere inviate con validità giuridica alla Sede principale dell'assicuratore (cfr. cifra 3.1) o alla sua rappresentanza indicata nella polizza.
- 38.2 Le comunicazioni dell'assicuratore avvengono in forma giuridicamente valida all'ultimo indirizzo in Svizzera reso noto dalla persona assicurata.
- 38.3 Una modifica d'indirizzo deve essere immediatamente comunicata all'assicuratore. Gli effetti della modifica d'indirizzo sono regolamentati alla cifra 18.5.
- 38.4 Se la persona assicurata non comunica tempestivamente il cambio d'indirizzo, vale per analogia la cifra 26.
- 39 Protezione dei dati**
- 39.1 L'assicuratore elabora i dati derivanti dai documenti contrattuali o dall'esecuzione dei contratti e li utilizza soprattutto per fissare il premio, per la valutazione del rischio, per il trattamento dei casi assicurativi e per analisi statistiche.
- 39.2 I dati sono conservati in versione cartacea o elettronica. Conservazione e elaborazione avvengono solo per il tempo e nella misura richiesta dalle disposizioni di legge.
- 39.3 L'assicuratore può, nella misura necessaria, trasmettere per l'elaborazione, i dati a terzi partecipanti al contratto in Svizzera e all'estero, in particolare a società del Gruppo CSS, nonché a riassicuratori e coassicuratori.
- 39.4 In caso di sospetti di reati contro il patrimonio o di falsità in documenti (vedi anche cifra 25.6) oppure se l'assicuratore recede dal contratto per frode nelle giustificazioni del diritto all'assicurazione (art. 40 LCA), può essere fatta comunicazione all'Associazione Svizzera d'Assicurazioni (ASA) al fine di effettuare una registrazione nel Sistema centrale d'informazione (ZIS).
- 39.5 Per la verifica di conteggi di prestazioni di fornitori di prestazioni esteri, l'assicuratore può trasmettere i dati ai suoi incaricati.
- 39.6 L'assicuratore può inoltre richiedere informazioni utili al caso a uffici amministrativi e ulteriori terzi (ad esempio fornitori di prestazioni, assicuratori risp. ai servizi medici di quest'ultimi). Ciò vale indipendentemente dal perfezionamento del singolo contratto (vedi anche cifra 11.2).
- 39.7 La persona assicurata ha il diritto di richiedere all'assicuratore le informazioni previste dalla legge in merito all'elaborazione dei dati che la riguardano.

#### 40 Adattamento delle condizioni d'assicurazione

- 40.1 Per uno dei motivi qui di seguito elencati, l'assicuratore ha il diritto di adeguare unilateralmente le CGA e le CS:
- a) evoluzione della medicina moderna risp. delle cure;
  - b) affermazione di nuove o costose forme terapeutiche come ad esempio tecniche d'operazione, medicinali o simili;
  - c) modifiche delle prestazioni previste dalla LAMal o introduzione di un'assicurazione obbligatoria per le cure.
- 40.2 Qualora le condizioni d'assicurazione venissero adattate, per la persona assicurata e l'assicuratore valgono le nuove condizioni. L'assicuratore comunica l'adattamento alla persona assicurata per iscritto, al più tardi 30 giorni prima dell'entrata in vigore.

#### 41 Liste dell'assicuratore

- 41.1 Le liste dell'assicuratore valevoli nel singolo caso, menzionate nelle presenti CGA e nelle CS (ad es. dei fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore ai sensi della cifra 9 CGA) possono essere in qualsiasi momento modificate unilateralmente dall'assicuratore. In caso di modifica delle liste, la persona assicurata non ha alcun diritto di disdetta.
- 41.2 Sono sempre determinanti le liste valevoli al momento del trattamento.
- 41.3 Le liste possono essere scaricate nell'internet a condizione che le CS non prevedano regolamentazioni divergenti.

#### 42 Luogo d'adempimento e foro competente

- 42.1 Gli obblighi derivanti dalle assicurazioni sono da adempiere in Svizzera e in valuta svizzera.
- 42.2 In caso di vertenza giudiziaria, si può intraprendere un'azione legale contro l'assicuratore nel luogo di domicilio svizzero della persona assicurata o a Lucerna Città. Se la persona assicurata risiede all'estero, il foro giuridico esclusivo è Lucerna Città.

## Allegato

#### 43 Ribasso familiare

Come assicuratore per le famiglie, la CSS Assicurazione SA concede sui premi di assicurazioni complementari secondo LCA interessanti ribassi familiari per bambini e giovani.

##### 43.1 Premesse per usufruire dei ribassi sui premi nelle assicurazioni complementari

Le premesse cumulative per il diritto al ribasso familiare risultano dall'art. 19.2 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

##### 43.2 Entità del ribasso dei singoli prodotti assicurativi

Assicurazione complementare	Minima	Optima	Età massima
Assicurazione ambulatoriale	20%	20%	fino al compimento del 20° anno di età
Assicurazione ospedaliera	20%	20%	fino al compimento del 20° anno di età

L'importo del ribasso si calcola sempre sul premio netto ed è riportato per ogni prodotto nella polizza risp. nella panoramica dei premi del bambino o del giovane.

Esempio di calcolo Assicurazione ambulatoriale Optima con più ribass<sup>1</sup>:

Premio lordo	CHF 7.80
– Ribasso I (fittizio) 10%	CHF 0.80
Premio netto I	CHF 7.00
– Ribasso familiare 20%	CHF 1.40
<b>Premio netto II</b>	<b>CHF 5.60</b>
<b>(premio effettivo da pagare)</b>	

<sup>1</sup> La persona assicurata ha 5 anni. Il premio è un esempio e non corrisponde al premio effettivo.

