

Assicurazione per medicina alternativa

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)
Edizione 01.2010

Indice

1	Assicuratore	2	11	Cambiamento di domicilio	3
2	Carattere d'assicurazione complementare	2	12	Estensione delle prestazioni	3
3	Malattia, infortunio, maternità	2	13	Limitazioni delle prestazioni	3
4	Durata del contratto e fine della copertura d'assicurazione	2	14	Riduzioni delle prestazioni	3
5	Rimborso dei premi	2	15	Prestazioni non assicurate, prestazioni limitate	3
6	Polizza sostitutiva	2	16	Caso di prestazioni, comunicazione, esercizio dei diritti	4
7	Richiamo e ritardo del pagamento	2	17	Contratti con i fornitori di prestazioni	4
8	Modifica delle tariffe dei premi, delle regolamentazioni sulla partecipazione alle spese come pure delle condizioni generali d'assicurazione (CGA) per singole prestazioni	2	18	Coincidenza con prestazioni degli assicuratori sociali ed altri assicuratori	4
9	Ribassi e bonus	2	19	Foro competente	4
10	Cambiamento del gruppo d'età tariffario	3			
			Allegato		
			20	Ribasso Familiare	4

La polizza menziona le persone e le prestazioni assicurate, inoltre la data d'inizio della copertura assicurativa, la durata del contratto ed eventuali accordi particolari.

A complemento delle presenti condizioni generali d'assicurazione è applicabile la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

1 Assicuratore

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

2 Carattere d'assicurazione complementare

Tutte le prestazioni sono assicurate in modo particolare a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal).

3 Malattia, infortunio, maternità

3.1 E' considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica 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.

3.2 E' considerato infortunio qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario.

Sulla polizza, per ogni prestazione è riportato se è anche assicurato l'infortunio.

Quando nelle presenti condizioni generali d'assicurazione si parla di malattia, per analogia ciò vale anche per gli infortuni.

3.3 In caso di maternità (gravidanza, parto, puerperio), versiamo le stesse prestazioni previste per la malattia.

4 Durata del contratto e fine della copertura d'assicurazione

4.1 La durata del contratto è indicata sulla polizza. In seguito, l'assicurazione si rinnova tacitamente di anno in anno.

4.2 Al termine della durata del contratto e rispettando un preavviso di disdetta di tre mesi, la persona assicurata può disdire l'assicurazione con effetto dalla fine di ogni anno assicurativo. I casi di prestazione in sospeso al momento della disdetta rimangono esigibili.

L'assicuratore rinuncia esplicitamente al suo diritto di disdetta al termine della durata del contratto.

4.3 Nei casi assicurativi per i quali l'assicuratore eroga delle prestazioni, l'assicurato può disdire il contratto per iscritto.

L'assicuratore invece rinuncia esplicitamente a far uso del suo diritto di disdire il contratto in caso di prestazioni.

4.4 Per modifiche dei premi, delle regole di partecipazione alle spese, come pure delle condizioni generali d'assicurazione, si applica l'articolo 7.

4.5 L'assicurazione si estingue in caso di:

- a) trasferimento del domicilio all'estero;
- b) soggiorni temporanei all'estero di oltre un anno, con effetto dal termine dell'anno assicurativo.

5 Rimborso dei premi

Se il contratto viene sospeso prima della fine della durata del contratto, l'assicuratore le rimborsa la parte di premio non utilizzata, salvo che l'assicurato disdica il contratto assicurativo durante l'anno seguente alla stipulazione del contratto (cfr. art. 42 cpv. 3 LCA).

6 Polizza sostitutiva

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

7 Richiamo e ritardo del pagamento

7.1 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 dall'invio del richiamo, ai sensi dell'art. 21 cpv. 1 LCA. Se il richiamo rimane senza effetto, l'obbligo di erogare prestazioni viene sospeso a partire dalla data di scadenza del termine di richiamo.

7.2 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.

7.3 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 senza ulteriori provvedimenti.

7.4 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.

8 Modifica delle tariffe dei premi, delle regolamentazioni sulla partecipazione alle spese come pure delle condizioni generali d'assicurazione (CGA) per singole prestazioni

8.1 In caso di cambiamento delle tariffe dei premi o delle regolamentazioni della partecipazione alle spese (franchigia, quota-parte) l'assicuratore può adeguare il contratto.

8.2 L'assicuratore ha il diritto di adattare le condizioni generali d'assicurazione (CGA) per singole prestazioni, più precisamente, in caso di aumento del numero o affermazione di nuovi tipi di fornitori di prestazioni, in seguito all'evoluzione della medicina moderna oppure in seguito all'affermazione di nuove o costose forme terapeutiche.

8.3 Le modifiche le saranno rese note al più tardi 25 giorni prima della fine dell'anno civile. Se non è d'accordo con le modifiche apportate, può disdire il contratto. La disdetta è considerata valida se ci è recapitata al più tardi l'ultimo giorno dell'anno civile. Se non ci perviene alcuna disdetta entro 25 giorni dal ricevimento della nostra comunicazione di modifica, consideriamo ciò come suo consenso.

9 Ribassi e bonus

9.1 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.

9.2 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'allegato 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 SA 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.

9.3 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 per medicina alternativa con più ribassi:

Premio lordo	CHF	6.00
– Ribasso I (fittizio) 10%	CHF	0.60
Premio netto I	CHF	5.40
– Ribasso II (fittizio) 20%	CHF	1.10

Premio netto II (premio effettivo da pagare) CHF 4.30

9.4 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.

10 Cambiamento del gruppo d'età tariffario

10.1 L'assicuratore può adeguare i premi all'inizio dei seguenti gruppi d'età tariffari:

0°–18° anno d'età	46°–50° anno d'età
19°–25° anno d'età	51°–55° anno d'età
26°–30° anno d'età	56°–60° anno d'età
31°–35° anno d'età	61°–65° anno d'età
36°–40° anno d'età	dal 66°– anno d'età in poi
41°–45° anno d'età	

10.2 Questi adeguamenti dei premi autorizzano a disdire il contratto. In questo caso si applica la cifra 8.3.

11 Cambiamento di domicilio

Un cambio di domicilio deve essere notificato immediatamente all'assicuratore.

Se tale cambio di domicilio ha per conseguenza una modifica della tariffa, l'assicuratore adatterà i premi successivamente in scadenza. Un adattamento di questo tipo non autorizza a disdire il contratto.

12 Estensione delle prestazioni

12.1 L'assicuratore versa l'80 % dei costi assicurati per trattamenti ambulatoriali o stazionari eseguiti secondo i metodi della medicina empirica riconosciuti dall'assicuratore (come p. es. Agopuntura, MTC, Osteopatia, Kinesiologia, medicina ayurveda), nella misura in cui servano alla cura di una malattia o dei postumi d'infortunio e siano eseguiti da un medico, un medico naturalista riconosciuto dall'assicuratore oppure un terapeuta riconosciuto dall'assicuratore.

Per medici naturalisti e terapisti riconosciuti, l'assicuratore intende le persone che per il relativo genere di terapia/misura di medicina complementare adempiono i criteri di riconoscimento specifici, elaborati dall'assicuratore in

collaborazione con medici e terapisti per i singoli generi di terapia o misure.

L'assicuratore redige una lista dei metodi riconosciuti e dei terapisti riconosciuti. L'assicurato può richiedere la lista aggiornata in qualsiasi momento.

12.2 L'importo annuo massimo assicurato è riportato sulla polizza.

13 Limitazioni delle prestazioni

Non sono assicurate le prestazioni che non si limitano alla misura confacente all'interesse dell'assicurato o allo scopo del trattamento.

In caso di fatture evidentemente inadeguate, accordiamo le nostre prestazioni per l'ammontare della tariffa usuale per gli interventi in questione.

14 Riduzioni delle prestazioni

14.1 Se la copertura assicurativa non ha la durata di un anno civile intero, l'importo massimo assicurato viene ridotto proporzionalmente.

14.2 L'assicuratore rinuncia a ridurre le prestazioni nei casi di negligenza grave.

Le riduzioni delle prestazioni di altre assicurazioni non saranno tuttavia integrate.

15 Prestazioni non assicurate

Prestazioni non assicurate:

15.1 prestazioni legali, in modo particolare quelle secondo la LAMal e la LAINF;

15.2 secondo la cifra 11 prestazioni non riconosciute, non adatte allo scopo e non economiche, se le CGA non menzionano esplicitamente altro;

15.3 prestazioni per maternità e malattie inerenti, quando la gravidanza si è verificata prima dell'inizio dell'assicurazione;

15.4 soggiorni in ospedale non utili al miglioramento o alla preservazione dello stato di salute (malattie croniche);

15.5 cure di disassuefazione;

15.6 trattamenti cosmetici;

15.7 terapia cellulare;

15.8 malattie ed infortuni in seguito a violazioni della neutralità ed eventi bellici, come pure l'impiego di energia atomica a scopo militare in tempi di guerra e di pace;

15.9 infortuni causati da terremoti, oppure da crimini e delitti intenzionali causati dall'assicurato;

15.10 malattie ed infortuni dovuti a pericoli straordinari ed atti temerari;

15.11 partecipazioni ai costi, quote a carico dei pazienti e spese;

15.12 in caso di mancata osservanza delle prescrizioni del medico o di altri fornitori di prestazioni;

Limitazione delle prestazioni:

15.13 Eroghiamo prestazioni all'estero soltanto finché non ci si possa aspettare un rientro dell'assicurato in Svizzera; versiamo le prestazioni che l'assicurato è in grado di documentare fino all'importo eventualmente riportato sulla polizza e per l'ammontare previsto per il luogo di domicilio svizzero dell'assicurato.

16 Caso assicurativo, comunicazione, esercizio dei diritti

16.1 Caso assicurativo:

Un caso assicurativo è una fattura di un fornitore di prestazioni comprovante il suo onere per prestazioni contrattuali nell'arco di tempo di tre mesi al massimo.

Se il contratto termina, il diritto a prestazioni si estingue al più tardi dopo tre mesi.

16.2 Comunicazione:

I ricoveri ospedalieri debbono essere comunicati all'assicuratore immediatamente.

Su richiesta l'assicuratore rilascia una garanzia di pagamento nell'ambito delle prestazioni assicurate.

- 16.3 **Esercizio dei diritti:**
Per l'esercizio dei diritti debbono essere presentate all'assicuratore le fatture originali ed i certificati medici, dai quali sono rilevabili le singole prestazioni e la loro legittimità.
- 17 **Contratti con i fornitori di prestazioni**
L'assicuratore si riserva la possibilità di concordare delle tariffe per le prestazioni ed altre convenzioni relative alle prestazioni a favore degli assicurati.
- 18 **Coincidenza con prestazioni degli assicuratori sociali e di altri assicuratori**
- 18.1 Nei casi di prestazioni per i quali è d'obbligo l'indennizzazione secondo la LAINF, la LAMaI, l'assicurazione militare oppure l'assicurazione invalidità, nell'ambito delle prestazioni assicurate l'assicuratore paga soltanto la parte di prestazioni dovute, non coperta da tali assicuratori.
- 18.2 In caso d'assicurazione doppia o multipla, le prestazioni saranno versate in modo proporzionale, conformemente alle disposizioni legali.
- 19 **Foro competente**
In caso di controversie, l'assicurato può intentare un'azione contro l'assicuratore al luogo di domicilio in Svizzera o a Lucerna-Città.

Allegato

- 20 **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.
- 20.1 Premesse per usufruire dei ribassi sui premi nelle assicurazioni complementari
Le premesse cumulative per il diritto al ribasso familiare risultano dall'art. 9.2 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).
- 20.2 Entità del ribasso e età massima
Entità del ribasso: 20%
Età massima: 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 per medicina alternativa con più ribassi¹:
- | | | |
|-----------------------------------------------------|------------|-------------|
| Premio lordo | CHF | 6.00 |
| – Ribasso I (fittizio) 10% | CHF | 0.60 |
| Premio netto I | CHF | 5.40 |
| – Ribasso familiare 20% | CHF | 1.10 |
| Premio netto II (premio effettivo da pagare) | CHF | 4.30 |

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