

Assicurazione complementare individuale

Condizioni generali d'assicurazione (CGA-I)
Edizione 1997

Indice

I	Generalità	2	V	Limitazione e restrizioni dell'assicurazione	4
Art. 1	Estensione dell'assicurazione	2	Art. 16	Limitazione dell'assicurazione	4
Art. 2	Basi del contratto di assicurazione	2	Art. 17	Colpa grave	4
Art. 3	Definizioni	2			
Art. 4	Estensione territoriale	2	VI	Disposizioni amministrative	4
			Art. 18	Obblighi dell'assicurato e dello stipulante dell'assicurazione in caso di malattia o d'infortunio	4
II	Inizio e fine dell'assicurazione	2	Art. 19	Violazione degli obblighi senza colpa	4
Art. 5	Inizio dell'assicurazione	2	Art. 20	Versamento delle prestazioni	4
Art. 6	Durata dell'assicurazione	2	Art. 21	Cessione e pegno	4
Art. 7	Sospensione dell'assicurazione	2	Art. 22	Comunicazioni	4
III	Pagamento dei premi e adattamenti	2	VII	Cumulo di assicurazione e prestazioni di terzi	4
Art. 8	Tariffa dei premi	2	Art. 23	Doppia assicurazione	4
Art. 9	Modifica dei premi secondo l'età raggiunta	3	Art. 24	Prestazioni di terzi	4
Art. 10	Pagamento dei premi	3	Art. 25	Coordinazione con l'assicurazione obbligatoria delle cure secondo la LAMal	4
Art. 11	Ritardo nel pagamento dei premi	3			
Art. 12	Modifica delle tariffe e delle franchigie	3	VIII	Disposizioni finali	5
Art. 13	Ribassi e boni	3	Art. 26	Luogo di esecuzione e foro competente	5
IV	Diritto di disdetta	3	Allegato		5
Art. 14	Disdetta da parte dello stipulante dell'assicurazione	3	Art. 27	Ribasso familiare	5
Art. 15	Disdetta da parte di INTRAS	3			

I Generalità

Art. 1 Estensione dell'assicurazione

- 1.1 L'assicurazione malattia individuale comprende le assicurazioni complementari per le spese di guarigione e l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa praticate da INTRAS, che coprono le conseguenze economiche della malattia. Mediante sovrapprezzo, anche il rischio d'infortunio è coperto.
- 1.2 Le prestazioni assicurate sono descritte nelle condizioni speciali (CS).

Art. 2 Basi del contratto di assicurazione

Le basi del contratto sono:

- le dichiarazioni scritte dello stipulante dell'assicurazione e dell'assicurato, che figurano segnatamente nella proposta di assicurazione e nel rapporto del medico esaminatore;
- le presenti condizioni generali d'assicurazione;
- le condizioni speciali;
- le disposizioni della legge sul contratto di assicurazione del 2 aprile 1908.

Art. 3 Definizioni

Ai sensi del presente contratto, s'intende:

- 3.1 malattia: ogni disturbo, indipendente dalla volontà dell'assicurato, della salute fisica o mentale, non dovuto ad un infortunio e che richiede una visita o un trattamento medico. La gravidanza, le complicazioni della gravidanza, il parto e l'aborto spontaneo sono assimilati alla malattia, se le condizioni speciali non escludono espressamente il rischio MATERNITÀ;
- 3.2 infortunio: ogni azione lesiva, repentina e involontaria, che colpisce il corpo umano, dovuta ad una causa esterna straordinaria che compromette la salute fisica o mentale. Le seguenti lesioni corporee sono assimilate all'infortunio, anche se non sono causate da un fattore esterno di carattere straordinario:
 - le fratture, nella misura in cui non sono causate in modo evidente da una malattia;
 - le slogature delle articolazioni;
 - gli strappi del menisco;
 - gli strappi muscolari;
 - gli stiramenti muscolari;
 - gli strappi dei tendini;
 - le lesioni dei legamenti;
 - le lesioni dei timpani.
- 3.3 caso (malattia, infortunio, ricaduta): ogni evento che dà diritto alle prestazioni. Se sopravviene una malattia o un nuovo infortunio prima che il primo caso sia arrivato a termine, ciò sarà considerato un nuovo caso, a condizione che non abbia alcun rapporto con il primo. Una malattia o una conseguenza d'infortunio che, dal punto di vista medico, si ricollega ad una malattia o ad un infortunio anteriore (ricaduta) è considerato come un caso nuovo, a condizione che l'assicurato non si sia sottoposto ad un trattamento per tale malattia o conseguenza d'infortunio durante i 12 mesi successivi alla fine del caso anteriore.

Art. 4 Estensione territoriale

- 4.1 Le coperture assicurative sottoscritte sono valide in Svizzera, in Liechtenstein e nelle zone frontaliere (zone riconosciute per l'attribuzione di un permesso di lavoro frontaliero).
- 4.2 Esse sono valide anche per gli altri paesi, a condizione che l'assicurato vi soggiorni temporaneamente per un periodo non superiore a 12 mesi consecutivi.
- 4.3 In caso di soggiorno temporaneo superiore a 12 mesi negli altri paesi, lo stipulante dell'assicurazione può chie-

dere che la copertura assicurativa sia mantenuta, per un periodo massimo di 5 anni. Il premio è pagabile in anticipo in base alle tariffe INTRAS. Inoltre, l'assicurato indicherà un rappresentante in Svizzera, presso il quale deve aver eletto domicilio.

- 4.4 L'assicurato non può recarsi all'estero per farsi curare, su riserva di un'autorizzazione scritta di INTRAS.

II Inizio e fine dell'assicurazione

Art. 5 Inizio dell'assicurazione

L'assicurazione entra in vigore alla data fissata nell'accettazione scritta della proposta effettuata da INTRAS, non prima della data fissata nella polizza. Tale regola è valida anche per le modifiche.

Art. 6 Durata dell'assicurazione

- 6.1 L'assicurazione è sottoscritta per una durata iniziale il cui termine è fissato nella polizza. La scadenza avviene sempre il 31 dicembre.
- 6.2 Essa viene rinnovata tacitamente ogni anno, se lo stipulante dell'assicurazione non la disdice entro i termini.
- 6.3 La copertura d'assicurazione di un'indennità giornaliera in caso d'incapacità di guadagno può restare in vigore al massimo fino all'età che dà diritto ad una rendita dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS).

Art. 7 Sospensione dell'assicurazione

- 7.1 La sospensione permette di mantenere la copertura assicurativa, senza diritto alle prestazioni, per una durata minima di 6 mesi e massima di 24 mesi, in caso di partenza all'estero o in caso di affiliazione obbligatoria nell'ambito di un contratto collettivo del datore di lavoro, nel quale le prestazioni sono identiche.
- 7.2 Il premio dovuto per il mantenimento della copertura assicurativa è pagabile in anticipo.
- 7.3 La rimessa in vigore è possibile per il primo giorno di un mese, mediante preavviso scritto di 30 giorni dello stipulante dell'assicurazione. In tal caso, l'assicurazione rinasce senza nuovo esame medico e con l'età di entrata iniziale.

III Pagamento dei premi e adattamenti

Art. 8 Tariffa dei premi

- 8.1 Per le assicurazioni complementari BASIC, UNO, UNO+, DUE, DUE+, SANFIT, DENTA, SC e SP, la fascia di età in base alla quale è fissato il premio si determina in funzione dell'età dell'assicurato al momento della conclusione del contratto.
- 8.2 Se l'assicurato ha sottoscritto un'assicurazione complementare OPTIMA, OPTIMA+, QUADRA, QUADRA+ o ECODENTA prima di aver compiuto i 50 anni, la fascia di età in base alla quale è fissato il premio si determina ogni anno in funzione dell'età raggiunta. Tuttavia, la fascia di età «46–50» gli è garantita non appena l'assicurato compie i 50 anni, per tutta la durata del contratto.
- 8.3 Se l'assicurato ha sottoscritto un'assicurazione complementare OPTIMA, OPTIMA+, QUADRA, QUADRA+ o ECODENTA dopo aver compiuto i 50 anni, la fascia di età in base alla quale è fissato il premio si determina in funzione dell'età dell'assicurato al momento della conclusione del contratto. La fascia di età così determinata è valida per tutta la durata del contratto.
- 8.4 Per l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa, la fascia di età in base alla quale è fissato il premio si determina ogni anno in funzione dell'età raggiunta.

Art. 9 Modifica dei premi secondo l'età raggiunta

La tariffa valida in funzione dell'età raggiunta si applica all'assicurato a partire dal 1° gennaio dell'anno civile nel quale deve cambiare fascia di età.

Art. 10 Pagamento dei premi

10.1 I premi sono pagabili ogni anno in anticipo alle scadenze convenute nella polizza assicurativa. Mediante convenzione particolare e pagamento di un supplemento, essi possono anche essere pagati semestralmente, trimestralmente o mensilmente.

10.2 Se l'entrata in vigore inizia nel corso di un mese, il premio è dovuto per il mese intero.

Art. 11 Ritardo nel pagamento dei premi

11.1 Se il premio non viene pagato entro i termini previsti, lo stipulante dell'assicurazione è diffidato, con menzione delle conseguenze del ritardo, per iscritto e a sue spese, ad effettuare il pagamento entro 14 giorni a partire dall'invio della diffida.

11.2 Se la diffida rimane senza effetto, gli obblighi di INTRAS sono sospesi a partire dalla scadenza di tale termine.

11.3 Se gli arretrati, che comprendono il premio, gli interessi e le spese, sono pagati entro i due mesi successivi alla scadenza del termine di 14 giorni, la copertura assicurativa sospesa è rimessa in vigore. Se gli arretrati sono pagati ulteriormente, INTRAS può rifiutare la rimessa in vigore o subordinarla ad un nuovo esame medico, a carico dell'assicurato. I casi sopravvenuti durante il periodo di sospensione non sono mai rimborsati.

Art. 12 Modifica delle tariffe e delle franchigie

12.1 Se i premi o la regolamentazione delle franchigie cambiano, in particolare a causa dell'evoluzione dei costi, INTRAS adotta di conseguenza la copertura assicurativa sottoscritta. I nuovi premi sono calcolati secondo le modalità approvate dall'Ufficio federale delle assicurazioni private.

12.2 Le modifiche dei premi o della regolamentazione delle franchigie sono comunicati per iscritto, al più tardi 30 giorni prima della loro entrata in vigore. Se lo stipulante dell'assicurazione non accetta tali modifiche, può disdire l'assicurazione in questione o l'insieme del contratto entro un termine di 30 giorni a partire dalla data della notifica. In caso contrario, si considera che lo stipulante dell'assicurazione abbia accettato la modifica dell'assicurazione.

12.3 Se l'assicurato cambia domicilio, lo stipulante dell'assicurazione o l'assicurato deve informare INTRAS immediatamente. Se necessario, INTRAS adatterà automaticamente il premio in funzione del nuovo domicilio. Tale modifica non conferisce il diritto di disdire l'assicurazione.

Art. 13 Ribassi e boni

13.1 INTRAS 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 INTRAS e/o la modifica delle premesse ai fini del diritto ad un ribasso risp. bonus da parte della INTRAS generano un diritto alla disdetta.

13.2 INTRAS 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.

INTRAS regola i dettagli relativi al ribasso familiare in un allegato alle CGA. INTRAS 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 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 o INTRAS Assicurazione malattie SA.

d) La persona titolare del ribasso dispone di un'assicurazione complementare equivalente presso la CSS o l'INTRAS Assicurazione SA.

13.3 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 UNO+ con più ribassi:

Premio lordo	CHF 19.40
– Ribasso I (fittizio) 10%	CHF 1.95
Premio netto I	CHF 17.45
– Ribasso II (fittizio) 25%	CHF 4.35

Premio netto II

(premio effettivo da pagare) CHF 13.10

13.4 INTRAS 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 INTRAS durante gli usuali orari d'ufficio, al più tardi l'ultimo giorno lavorativo dell'anno civile corrente.

IV Diritto di disdetta

Art. 14 Disdetta da parte dello stipulante dell'assicurazione

Lo stipulante dell'assicurazione può disdire l'assicurazione:

a) al termine del primo periodo di assicurazione convenuto, e poi per la fine di ogni anno assicurativo successivo. Per essere valida, la disdetta deve essere formulata per iscritto e deve pervenire a INTRAS almeno 3 mesi prima dell'inizio di un nuovo anno assicurativo;

b) dopo ogni sinistro per il quale è dovuta una prestazione. Per essere valida, la disdetta deve pervenire a INTRAS al più tardi 14 giorni dopo che lo stipulante dell'assicurazione sia venuto a conoscenza del pagamento.

Art. 15 Disdetta da parte di INTRAS

INTRAS rinuncia al suo diritto di disdire l'assicurazione dopo un sinistro, tranne in caso di reticenza, di frode, di abuso o di tentativo di abuso.

V Limitazione e restrizioni dell'assicurazione

Art. 16 Limitazione dell'assicurazione

Le prestazioni non sono concesse

- a) per le malattie, le malformazioni, le infermità e gli infortuni o le loro conseguenze esistenti al momento della conclusione del contratto o della sua rimessa in vigore;
- b) per le malattie dovute al consumo abusivo di farmaci, di droghe e di alcool;
- c) per i trattamenti non riconosciuti dal Consiglio federale nel quadro della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e per tutte le cure a carattere profilattico (con riserva delle prestazioni previste nelle condizioni speciali) o estetico (comprese le cure di ringiovanimento e le cure dimagranti) non consecutive ad un caso preso a carico da INTRAS;
- d) per le malattie e gli infortuni causati da fatti di guerra. Se tali avvenimenti sorprendono l'assicurato fuori dalla Svizzera, la copertura assicurativa termina solamente 14 giorni dopo l'inizio di tali avvenimenti;
- e) per gli infortuni sopravvenuti
 - durante disordini di qualsiasi genere, a meno che l'assicurato provi di non avervi partecipato in modo attivo, né insieme ai perturbatori, né in qualità d'istigatore;
 - durante la partecipazione a corse di veicoli a motore o durante gli allenamenti;
 - mentre l'assicurato commetteva intenzionalmente un delitto o un reato o un tentativo di delitto o reato;
 - mentre l'assicurato è al servizio di un esercito straniero;
- f) in caso di disturbi della salute dovuti agli effetti di radiazioni ionizzanti di ogni tipo, a condizione che non si tratti di una malattia professionale;
- g) in caso di mutilazione volontaria, di suicidio o di tentativo di suicidio che l'assicurato provoca coscientemente;
- h) per i casi d'infortunio, quando l'estensione a tale rischio non è prevista nella copertura assicurativa;
- i) se le fatture non sono fatte pervenire a INTRAS entro un termine di 12 mesi a partire dalla data dell'emissione.

Art. 17 Colpa grave

INTRAS rinuncia ad invocare il diritto conferitole dalla legge di ridurre le proprie prestazioni in caso di colpa grave dello stipulante dell'assicurazione o dell'assicurato.

VI Disposizioni amministrative

Art. 18 Obblighi dell'assicurato e dello stipulante dell'assicurazione in caso di malattia o d'infortunio

- 18.1 L'assicurato o lo stipulante dell'assicurazione deve avvisare INTRAS non appena è a conoscenza di un caso di malattia o d'infortunio che gli conferisce il diritto alle prestazioni.
- 18.2 Le malattie e gli infortuni non dichiarati entro 30 giorni non danno diritto a prestazioni.
- 18.3 L'assicurato deve seguire le prescrizioni mediche e accettare, se necessario, di farsi esaminare da un medico nominato da INTRAS e a spese di quest'ultima. In caso contrario, perde il diritto alle prestazioni.
- 18.4 L'assicurato o lo stipulante dell'assicurazione deve fornire a INTRAS le informazioni e i documenti necessari alla liquidazione del caso, compresi i conteggi originali delle prestazioni di altri assicuratori intervenuti nello stesso

caso. Se l'assicurato o lo stipulante dell'assicurazione omette di farlo, INTRAS è liberata dai suoi obblighi 14 giorni dopo la diffida scritta.

Art. 19 Violazione degli obblighi senza colpa

INTRAS rinuncia ad applicare le sanzioni previste in caso di violazione degli obblighi imposti allo stipulante dell'assicurazione o all'assicurato, se le circostanze rivelano che tale violazione non gli è imputabile.

Art. 20 Versamento delle prestazioni

INTRAS versa le sue prestazioni entro i 30 giorni successivi al ricevimento di tutte le informazioni e i documenti medici che le permettono di determinare i suoi obblighi di prestazione. La franchigia è dedotta dall'importo delle prestazioni dovute.

Art. 21 Cessione e pegno

L'assicurato o lo stipulante dell'assicurazione non può né cedere né impegnare le prestazioni assicurate da INTRAS, senza l'accordo scritto di quest'ultima.

Art. 22 Comunicazioni

- 22.1 Per essere valide, tutte le comunicazioni dello stipulante dell'assicurazione o dell'assicurato devono essere indirizzate per iscritto alla sede di INTRAS a Lausanne o ad una delle sue agenzie.
- 22.2 INTRAS indirizza ogni comunicazione che le incombe all'ultimo domicilio che lo stipulante dell'assicurazione o l'assicurato le ha indicato.

VII Cumulo di assicurazione e prestazioni di terzi

Art. 23 Doppia assicurazione

Se l'assicurato ha sottoscritto altre assicurazioni presso altri assicuratori, l'insieme delle prestazioni versate non può superare il totale delle spese di trattamento effettive. Gli assicuratori in causa si ripartiscono le spese proporzionalmente alle garanzie che assicurano.

Art. 24 Prestazioni di terzi

- 24.1 Lo stipulante dell'assicurazione o l'assicurato deve informare INTRAS della natura e l'entità delle indennità che riceve da terzi. Egli non può transigere con terzi senza l'autorizzazione di INTRAS.
- 24.2 Se un terzo contesta il proprio obbligo, INTRAS concede le sue prestazioni, a condizione che lo stipulante dell'assicurazione o l'assicurato le ceda i suoi diritti rispetto ai terzi, fino a concorrenza delle prestazioni versate.
- 24.3 Nella misura in cui le spese di cura medico-farmaceutiche o l'indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa sono a carico di un assicuratore LAINF, dell'assicurazione militare o dell'assicurazione invalidità, INTRAS può subordinare il versamento delle sue prestazioni a condizione che il caso sia annunciato all'istituzione in questione.

Art. 25 Coordinazione con l'assicurazione obbligatoria delle cure secondo la LAMal

Se l'assicurato è coperto per l'assicurazione obbligatoria delle cure secondo la LAMal (Legge federale sull'assicurazione malattie) presso un altro assicuratore, dovrà presentare a INTRAS il conteggio originale delle prestazioni versate da tale assicuratore, per poter beneficiare delle prestazioni assicurate presso INTRAS.

VIII Luogo di esecuzione e foro competente

Art. 26 Luogo di esecuzione e foro competente

- 26.1 Il luogo di esecuzione è il domicilio svizzero dello stipulante dell'assicurazione o dell'assicurato.
- 26.2 In caso di contestazione, l'avente diritto può intentare un'azione contro INTRAS presso i Tribunali competenti del suo domicilio in Svizzera o presso quelli della sede di INTRAS a Losanna.

Allegato

Art. 27 Ribasso familiare

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

27.1 Premesse per usufruire dei ribassi sui premi nelle assicurazioni complementari

Le premesse cumulative per il diritto al ribasso familiare risultano dall'art. 13.2 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

27.2 Entità del ribasso e età massima

Entità del ribasso: 25%

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 UNO+ con più ribassi¹:

Premio lordo	CHF 19.40
– Ribasso I (fittizio) 10%	CHF 1.95
Premio netto I	CHF 17.45
– Ribasso familiare 25%	CHF 4.35

**Nettoprämie II
(premio effettivo da pagare) CHF 13.10**

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

- 27.3 Sono considerate equivalenti ai sensi dell'art. 13.2 lett. d delle CGA le seguenti assicurazioni complementari:

Assicurazione complementare con ribasso (Prodotto stipulato del bambino avente diritto al ribasso)

UNO+
DUE+
OPTIMA+
QUADRA+
CASA
FLEXIMA
BASIC
ECODENTA
DENTA
SANFIT

Assicurazione complementare equivalente

(Persona titolare del ribasso deve aver stipulato almeno uno die seguenti prodotti)

UNO+
DUE+
OPTIMA+
QUADRA+
CASA
FLEXIMA
BASIC
ECODENTA
DENTA
Assicurazione ambulatoriale myFlex
Assicurazione ambulatoriale myFlex
Assicurazione CSS Standard
Assicurazione CSS Standard plus
Assicurazione ospedaliera semiprivata
Assicurazione ospedaliera privata
Ospedale20
Ospedale30