

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione di rendita «Esenzione dal pagamento dei premi» in caso di incapacità al guadagno dovuta a malattia o infortunio

Indice

In generale

- 1 Introduzione
- 2 Assicuratore
- 3 Persona assicurata
- 4 Basi del contratto
- 5 Prestazione assicurativa
- 6 Validità territoriale
- 7 Definizioni

Inizio e fine dell'assicurazione

- 8 Inizio e durata dell'assicurazione
- 9 Disdetta della persona assicurata
- 10 Premi
- 11 Pagamento dei premi
- 12 Rimborso dei premi
- 13 Modifica della tariffa dei premi

Obblighi della persona assicurata

- 14 Obblighi all'ammissione nell'assicurazione e durante la stessa
- 15 Obblighi in caso di prestazione
- 16 Violazione degli obblighi di notifica e di altri obblighi

Limitazione della copertura assicurativa

- 17 Esclusioni di prestazioni
- 18 Compensazione
- 19 Pagamento delle prestazioni
- 20 Costituzione in pegno e cessione di prestazioni

Varie

- 21 Luogo di adempimento
- 22 Comunicazioni
- 23 Protezione dei dati
- 24 Foro competente e diritto applicabile

In generale

1 Introduzione

L'assicurazione di rendita «Esenzione dal pagamento dei premi» consente di assicurare una rendita volta a coprire, in caso di un'incapacità al guadagno, completamente o parzialmente i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) stipulata presso un membro del gruppo Helsana e di eventuali assicurazioni integrative (LCA) stipulate presso Helsana Assicurazioni integrative SA. I membri del gruppo Helsana sono menzionati singolarmente al paragrafo sulla protezione dei dati. Tutti i termini riferiti a persone usati nel testo sono intesi per ambo i sessi.

2 Assicuratore

Helsana Assicurazioni integrative SA ha stipulato un contratto di assicurazione collettiva e di cooperazione con Swiss Life SA quale assuntore del rischio della presente assicurazione. Tra le persone assicurate e Swiss Life non sussiste alcun rapporto contrattuale. Helsana Assicurazioni integrative SA è la parte contrattuale nei confronti delle persone assicurate e, in caso di prestazione, corrisponde le prestazioni assicurative alla persona assicurata. Pertanto Helsana Assicurazioni integrative SA è denominata qui di seguito «fornitore delle prestazioni».

3 Persona assicurata

È assicurata la persona indicata sulla polizza.

4 Basi del contratto

Costituiscono parte integrante del contratto la proposta d'assicurazione individuale, la polizza, le presenti condizioni d'assicurazione ed eventuali condizioni d'assicurazione particolari e supplementari convenute. Inoltre è applicabile la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

5 Prestazione assicurativa

- 5.1 La persona assicurata ha, in caso di incapacità al guadagno, diritto a una prestazione assicurativa sotto forma di una rendita. La rendita completa annua ammonta alla somma dei premi annui di tutte le assicurazioni secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) che la persona assicurata ha in essere presso i membri del gruppo Helsana al momento dell'insorgenza dell'incapacità al guadagno. Vale quale somma dei premi l'importo indicato sulla polizza al momento dell'insorgenza del diritto (par. 5.3).
- 5.2 La persona assicurata può indicare altre persone che vivono nella stessa economia domestica le cui assicurazioni stipulate presso i membri del gruppo Helsana sono anche prese in considerazione per la determinazione dell'ammontare delle prestazioni. La condizione è che venga realizzato un conteggio dei premi comune per la persona assicurata e le altre persone indicate. Le persone indicate dalla persona assicurata non diventano persone assicurate nell'assicurazione di rendita «Esenzione dal pagamento dei premi». L'insorgenza di un'incapacità al guadagno presso una di tali persone non costituisce un caso di prestazione. Le persone i cui premi sono inclusi nell'assicurazione sono indicate nominativamente sulla polizza.

- 5.3 Il diritto alla rendita assicurata sussiste alla presenza di un'invalidità che dà diritto a una rendita dell'Assicurazione federale per l'invalidità (AI). Il diritto insorge contemporaneamente al diritto alla rendita dell'AI.
- 5.4 Scadenza del primo versamento: il fornitore delle prestazioni corrisponde la rendita nel momento in cui sussiste una decisione di rendita valida dell'AI e la durata effettiva dell'invalidità ha superato il periodo d'attesa convenuto indicato sulla polizza.
- 5.5 Qualora alla scadenza del periodo d'attesa non sia ancora disponibile una decisione di rendita valida dell'AI, il fornitore delle prestazioni corrisponde una rendita transitoria sulla base del preavviso dell'AI se tale preavviso è stato notificato e l'emissione della decisione non è attesa entro due mesi.
- 5.6 La determinazione della prestazione di rendita si basa sul grado d'invalidità determinato dall'autorità AI. In caso di un grado d'invalidità del 70% e oltre, vi è diritto alle prestazioni assicurate complete; se il grado d'invalidità è inferiore al 40%, non vi è diritto alle prestazioni assicurate. In caso di un grado d'invalidità di almeno il 40% e inferiore al 70%, vi è diritto alla metà delle prestazioni assicurate. In caso di adeguamento del grado d'invalidità determinante, la rendita viene adeguata.
- 5.7 Il fornitore delle prestazioni rinuncia a fare valere un nuovo periodo d'attesa se entro 12 mesi dopo il riacquisto di una capacità al guadagno di oltre il 60% insorge nuovamente un'incapacità al guadagno di almeno il 40% per la stessa causa.
- 5.8 Il diritto alle prestazioni di rendita viene meno con la cessazione dell'incapacità al guadagno, al più tardi però alla fine del mese nel quale la persona assicurata raggiunge i 65 anni d'età.

- 5.9 Se l'assicurazione si estingue a seguito di un caso di prestazione (par. 8.3 lett. d), il contratto è sostituito da un rapporto di disbrigo delle prestazioni. Le disposizioni delle presenti condizioni generali d'assicurazione necessarie per il disbrigo del rapporto delle prestazioni restano applicabili. Si tratta segnatamente delle disposizioni sugli obblighi in caso di prestazione, sugli adeguamenti della rendita a una modifica del grado d'invalidità e sulle modalità di versamento.
- 5.10 Se la persona assicurata decede nel periodo in cui viene versata una rendita, l'intera rendita viene meno il mese successivo al decesso.

6 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

7 Definizioni

- 7.1 È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.
- 7.2 È considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

Inizio e fine dell'assicurazione

8 Inizio e durata dell'assicurazione

- 8.1 La copertura assicurativa inizia non appena il fornitore delle prestazioni ha comunicato al proponente l'accettazione della proposta, ma non prima del giorno riportato sulla polizza.
- 8.2 La durata contrattuale minima è di un anno. Il periodo assicurativo va dal 1° gennaio al 31 dicembre. Per le stipulazioni di assicurazioni che avvengono nel corso di un anno civile, il premio è riscosso per il periodo residuo. Alla data di scadenza e dopo ogni successivo anno d'assicurazione, il contratto si rinnova tacitamente per un altro anno.

8.3 L'assicurazione si estingue

- a) il 31 dicembre successivo al compimento dei 65 anni d'età della persona assicurata;
- b) con il decesso della persona assicurata;
- c) con la disdetta da parte della persona assicurata dopo la scadenza del termine contrattuale di disdetta;
- d) dopo l'insorgenza di un caso di prestazione (invalidità totale o parziale). Le prestazioni per il caso di prestazione insorto rimangono dovute;
- e) in caso di soggiorno temporaneo all'estero della durata di oltre 12 mesi, salvo diverso accordo;
- f) in caso di trasferimento del domicilio all'estero, generalmente alla fine dell'anno civile, salvo diverso accordo;
- g) se tra la persona assicurata e un membro del gruppo Helsana non esiste nessun altro rapporto assicurativo;
- h) se viene sciolto il contratto di assicurazione collettiva e di cooperazione tra Helsana Assicurazioni integrative SA e Swiss Life SA, salvo se Helsana Assicurazioni integrative SA stipula un contratto equivalente con un nuovo partner di cooperazione o se assicura essa stessa le prestazioni.

9 Disdetta della persona assicurata

- 9.1 La persona assicurata può disdire l'assicurazione per iscritto, dopo una durata assicurativa ininterrotta di un anno, per la fine di un anno civile osservando un preavviso di tre mesi.
- 9.2 La disdetta è avvenuta entro i termini se è pervenuta al fornitore delle prestazioni al più tardi l'ultimo giorno lavorativo del mese precedente l'inizio del termine di disdetta di tre mesi.

10 Premi

Il premio si basa sulla somma dei premi netti di tutte le assicurazioni secondo la LAMal e la LCA che la persona assicurata ed eventuali persone incluse hanno stipulato presso i membri del gruppo Helsana. È determinante l'importo assicurato indicato sulla polizza.

11 Pagamento dei premi

- 11.1 I premi assicurativi devono essere pagati in anticipo per il periodo assicurativo.
- 11.2 Se la persona assicurata non ottempera ai suoi obblighi di pagamento, essa verrà avvisata per iscritto in merito alle conseguenze di mora ed esortata a saldare l'importo, entro 14 giorni dall'invio del sollecito, per l'intero periodo assicurativo, indipendentemente da eventuali accordi di pagamento rateale. Se il sollecito resta senza effetto, l'obbligo di prestazione viene sospeso a partire dal termine indicato nel sollecito.
- 11.3 Per le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze insorti durante la sospensione dell'obbligo di prestazioni, non è possibile far valere il diritto a prestazioni, neppure pagando successivamente l'importo dovuto.
- 11.4 La persona assicurata è tenuta a risarcire al fornitore delle prestazioni, con un importo di almeno CHF 100.–, l'onere amministrativo supplementare causato dalla procedura di sollecito. Se il fornitore delle prestazioni deve inoltrare una domanda d'esecuzione, la persona assicurata deve risarcire, con un importo di almeno CHF 200.–, l'onere amministrativo supplementare che ne deriva per il fornitore delle prestazioni.

12 Rimborso dei premi

Se il premio è stato pagato in anticipo per una determinata durata d'assicurazione e il contratto si estingue, per motivi legali o previsti dalle norme contrattuali, prima della fine di tale durata, il fornitore delle prestazioni rimborsa il premio relativo al periodo d'assicurazione non fruito.

13 Modifica della tariffa dei premi

Il fornitore delle prestazioni può ridefinire annualmente la tariffa dei premi in base allo sviluppo dei costi, all'andamento dei sinistri e all'adeguamento dell'estensione della copertura. Il fornitore delle prestazioni comunica tali modifiche per iscritto alla persona assicurata. Se essa non è d'accordo con la nuova normativa, può disdire le relative assicurazioni con effetto a partire dalla data della modifica. Se entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica il fornitore delle prestazioni non riceve alcuna disdetta, la modifica si considera accettata.

Obblighi della persona assicurata

14 Obblighi all'ammissione nell'assicurazione e durante la stessa

- 14.1 Sul formulario di proposta occorre indicare, in modo veritiero e completo, tutti i fatti rilevanti per la valutazione del pericolo nella misura in cui sono noti o devono essere noti al momento della stipulazione dell'assicurazione. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, il fornitore delle prestazioni può disdire l'intero contratto con una dichiarazione scritta entro quattro settimane dal momento in cui viene a conoscenza della reticenza. Il recesso ha effetto dal momento in cui perviene alla persona assicurata.
- 14.2 Se l'assicurazione viene sciolta mediante disdetta, si estingue anche l'obbligo a prestazioni del fornitore delle prestazioni per quanto concerne danni già occorsi la cui causa o entità è stata influenzata da un fatto rilevante taciuto o dichiarato inesattamente. Se l'obbligo a prestazioni è già stato adempiuto, il fornitore delle prestazioni ha diritto a un rimborso.
- 14.3 La persona assicurata ed eventuali persone incluse esonerano i fornitori di prestazioni che li curano o li hanno curati dall'obbligo del segreto medico nei confronti del fornitore delle prestazioni e li autorizzano a rilasciare al fornitore delle prestazioni ogni informazione necessaria.
- 14.4 Se la persona assicurata cambia domicilio, deve comunicarlo immediatamente per iscritto al fornitore delle prestazioni.

15 Obblighi in caso di prestazione

- 15.1 Le prestazioni assicurate vengono corrisposte non appena il fornitore delle prestazioni è in possesso dei documenti necessari alla verifica del diritto (ad esempio decisione di rendita AI, rapporto medico) e sono soddisfatte le premesse ai sensi del paragrafo 5.3. Il fornitore delle prestazioni si riserva il diritto di far visitare la persona assicurata da medici da esso designati.
 - 15.2 Una modifica del grado dell'incapacità al guadagno e l'inizio o il venire meno di un'attività lucrativa vanno comunicati immediatamente al fornitore delle prestazioni. La persona assicurata è tenuta a informare il fornitore delle prestazioni su ogni revisione della rendita AI inviandogli la rispettiva decisione.
- ### **16 Violazione degli obblighi di notifica e di altri obblighi**
- 16.1 Se in caso di prestazione vengono violati gli obblighi prescritti, il fornitore delle prestazioni può fissare le prestazioni a sua discrezione o rifiutarle. Le prestazioni versate in eccesso vanno rimborsate.
 - 16.2 Queste sanzioni legali non trovano applicazione quando la violazione degli obblighi di notifica è da considerare non colposa in base alle circostanze.

Limitazione della copertura assicurativa

17 Esclusioni di prestazioni

- 17.1 Se l'evento assicurato si verifica in seguito a un atto temerario, le prestazioni vengono ridotte e, in casi particolarmente gravi, rifiutate. Vi è atto temerario se le persone assicurate si espongono a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, anche se si possono considerare temerari.
- 17.2 Il servizio militare attivo per la difesa della neutralità svizzera e per il mantenimento della pace e dell'ordine nell'interno del paese, in entrambi i casi senza operazioni belliche, è considerato come servizio militare in tempo di pace e come tale è incluso nell'assicurazione, nell'ambito delle presenti CGA. Nel caso in cui la Svizzera entri in guerra o sia coinvolta in azioni di guerra, valgono le relative prescrizioni emanate dal Consiglio federale. Gli impegni a favore di provvedimenti volti a mantenere la pace nell'ambito dell'ONU non sono assicurati (ad esempio: caschi blu dell'ONU e berretti gialli dell'OSCE).

17.3 Non sussiste copertura assicurativa per:

- a) malattie, infortuni e loro conseguenze già esistenti al momento della stipulazione dell'assicurazione;
- b) incapacità al guadagno provocata intenzionalmente; ciò vale anche quando la persona assicurata intraprende l'azione che conduce alla propria incapacità al guadagno in circostanze di incapacità di discernimento provocata intenzionalmente;
- c) danni prenatali, infermità congenite e loro conseguenze;
- d) infortuni causati da pericoli straordinari. Sono considerati tali:
 - da) la partecipazione a disordini;
 - db) il servizio militare all'estero;
 - dc) la partecipazione ad azioni belliche e ad atti di terrorismo, l'esecuzione premeditata di crimini o delitti compiuti o tentati;
 - dd) la partecipazione a risse e baruffe, a meno che la persona assicurata non sia stata ferita dai litiganti pur non avendo preso parte alla rissa oppure soccorrendo una persona indifesa;
 - de) i pericoli cui la persona assicurata si espone provocando gli altri violentemente;
- e) infortuni dovuti a eventi bellici:
 - ea) in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
 - eb) all'estero, a meno che la persona assicurata sia vittima d'infortunio entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese nel quale soggiorna e sia stata colta di sorpresa dall'inizio delle ostilità belliche;
- f) danni alla salute causati dall'azione di radiazioni ionizzanti e dall'energia atomica;
- g) danni alla salute causati dall'assunzione o dall'iniezione intenzionale di medicinali, droghe e sostanze chimiche, a meno che essa non avvenga su indicazione medica;
- h) infortuni per i quali si riscontra nel sangue della persona assicurata un tasso alcolico superiore al 2 per mille, a meno che non sussista alcun legame causale tra lo stato d'ebbrezza e l'infortunio;
- i) in seguito alla guida di velivoli in qualità di pilota militare o membro dell'equipaggio militare e granatiere paracadutista;
- j) lanci con il paracadute di carattere militare;
- k) viaggi aerei, se la persona assicurata viola intenzionalmente gli ordini delle autorità o non è in possesso delle autorizzazioni e delle licenze ufficiali;
- l) automutilazione, il tentativo di automutilazione o il tentativo di suicidio.

18 Compensazione

- 18.1 Il fornitore delle prestazioni può compensare prestazioni da pagare con crediti nei confronti della persona assicurata.
- 18.2 La persona assicurata non ha nessun diritto di compensazione nei confronti del fornitore delle prestazioni.

19 Pagamento delle prestazioni

Il fornitore delle prestazioni compensa le prestazioni assicurative con i propri crediti dei premi e paga, al posto della persona assicurata, i premi di quest'ultima e gli altri premi inclusi ai membri interessati del gruppo Helsana (v. par. 5.1). Se in seguito resta ancora un'eccedenza, essa è versata direttamente alla persona assicurata. Se la prestazione dell'assicurazione di rendita «Esenzione dal pagamento dei premi» (v. par. 5.1) non è sufficiente per pagare i premi indicati, la persona assicurata deve pagare la differenza. Giuridicamente, tale modo di procedere è denominato surrogazione e compensazione.

20 Costituzione in pegno e cessione di prestazioni

Senza l'approvazione del fornitore delle prestazioni, le prestazioni assicurative non possono essere legalmente costituite in pegno né cedute a terzi.

Varie**21 Luogo di adempimento**

Quale luogo di adempimento vale il luogo di domicilio in Svizzera (o nel Liechtenstein) della persona assicurata. Se manca un domicilio, è considerato luogo d'adempimento la sede del fornitore delle prestazioni.

22 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte del fornitore delle prestazioni spedite all'ultimo indirizzo svizzero indicato dalla persona assicurata sono legalmente valide.

23 Protezione dei dati

23.1 Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana utilizzano le informazioni relative alle persone assicurate per l'esecuzione del contratto, nonché per la consulenza e l'assistenza personale ai pazienti ma anche per migliorare continuamente la qualità dei prodotti e dei servizi offerti alle persone assicurate potenziali, esistenti e precedenti. L'assicuratore può anche conferire un incarico per il trattamento dei dati.

Per soddisfare al meglio le esigenze molteplici e individuali delle persone assicurate e per offrire prodotti e servizi di Helsana Assicurazioni integrative SA, delle società del gruppo Helsana o dei partner (citati nominativamente sul sito Internet dell'assicuratore) convenienti o interessanti per le persone assicurate potenziali, esistenti o precedenti, i dati vengono valutati mediante metodi matematici e statistici per formare gruppi di clienti in base alle esigenze.

Il partner di cooperazione, Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana sono dunque anche esplicitamente autorizzati a consultare l'eventuale dossier dell'assicurazione di base e/o di quelle integrative e a trattarlo esclusivamente nell'ambito delle assicurazioni integrative per gli scopi summenzionati.

23.2 Sono membri del gruppo Helsana, oltre a Helsana Assicurazioni integrative SA, anche Helsana Assicurazioni SA, Progrès Assicurazioni SA, sansan Assicurazioni SA, avanex Assicurazioni SA, aerosana Assicurazioni SA, maxi.ch Assicurazioni SA, Helsana Infortuni SA, Helsana Partecipazioni SA, Helsana e procare Previdenza SA.

23.3 Fanno parte delle aziende partner del gruppo Helsana: Helvetia Società svizzera di assicurazioni sulla vita SA, Zurigo Compagnia di assicurazioni, Solida Assicurazioni SA, Swiss Life SA e Swiss Life Insurance Solutions SA, Monaco.

23.4 Helsana Assicurazioni integrative SA e il gruppo Helsana sono soggetti a disposizioni particolarmente severe sulla protezione dei dati. Pertanto, in linea di massima, non vengono rese note informazioni personali a terzi al di fuori del gruppo Helsana. Vengono fatte eccezioni solo nei casi in cui una disposizione di legge prevede esplicitamente o autorizza una comunicazione dei dati.

23.5 L'elaborazione della proposta, il controllo delle prestazioni e l'elaborazione delle prestazioni spettano al fornitore delle prestazioni. L'elaborazione dei dati può avvenire in Svizzera e all'estero nell'ambito di un outsourcing. Questo vale anche per l'azienda partner Swiss Life SA coinvolta nella presente collaborazione.

23.6 La persona assicurata prende atto ed è d'accordo che, in caso di prestazione, il fornitore delle prestazioni ha la facoltà di rivelare, inoltrare e/o rendere accessibili tutti i dati personali della persona assicurata (nome, cognome, sesso, data di nascita e indirizzo) e delle persone incluse nonché eventuali informazioni e documenti necessari per l'esame e il disbrigo del diritto a prestazioni a terzi con sede in Svizzera o all'estero coinvolti nell'ambito dell'esame e del disbrigo del diritto a prestazioni. In tale contesto, la persona assicurata ed eventuali persone incluse esonerano i fornitori di prestazioni che li curano o li hanno curati dall'obbligo del segreto medico nei confronti del fornitore delle prestazioni, di Swiss Life SA, di Swiss Life Insurance Solutions SA e di terzi coinvolti e li autorizzano a fornire le informazioni necessarie.

23.7 I dati personali vengono trattati e conservati in una banca dati o su carta per il tempo necessario previsto dalle disposizioni legali o contrattuali. In seguito i dati personali vengono eliminati.

24 Foro competente e diritto applicabile

Per le vertenze giuridiche derivanti dal contratto assicurativo sono competenti, a scelta, i tribunali del luogo di domicilio della persona assicurata o i tribunali della sede del fornitore delle prestazioni. È applicabile il diritto svizzero.