

Edizione 1° gennaio 2014

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni integrative di malattia (AIM)

Indice

In generale

- 1 Introduzione
- 2 Assicuratore
- 3 Persone assicurate
- 4 Basi del contratto

Assicurazione

- 5 Oggetto dell'assicurazione
- 6 Validità territoriale

Definizioni

- 7 Definizioni di malattia, infortunio e maternità
- 8 Fornitori di prestazioni riconosciuti

Inizio e fine dell'assicurazione

- 9 Inizio e durata dell'assicurazione
- 10 Disdetta da parte del contraente
- 11 Rinuncia alla disdetta e adeguamento delle CGA e delle CSA

Premi e partecipazione ai costi

- 12 Adeguamento dei premi
- 13 Pagamento dei premi
- 14 Rimborso di franchigie annue e aliquote percentuali
- 15 Rimborso del premio
- 16 Modifica della tariffa dei premi, della franchigia e dell'aliquota percentuale

Obblighi della persona assicurata

- 17 Obblighi all'ammissione nell'assicurazione e durante la stessa
- 18 Obblighi in caso di sinistro
- 19 Violazione degli obblighi di notifica e di altri obblighi
- 20 Obbligo di pagamento

Limitazione della copertura assicurativa

- 21 Esclusioni di prestazioni
- 22 Sussidiarietà e prestazioni di terzi
- 23 Anticipo di prestazioni e diritto di regresso
- 24 Compensazione
- 25 Costituzione in pegno e cessione di prestazioni
- 26 Tariffe dei fornitori di prestazioni
- 27 Accordi sull'onorario

Varie

- 28 Tessera d'assicurato
- 29 Comunicazioni
- 30 Protezione dei dati
- 31 Foro competente
- 32 Diritto di disdetta particolare

In generale

1 Introduzione

Le presenti condizioni generali d'assicurazione costituiscono la base per tutte le assicurazioni integrative, il cui contenuto è disciplinato nelle condizioni supplementari d'assicurazione (CSA).

Neutralità dei termini relativi alle persone

Tutti i termini riferiti a persone usati nel testo sono intesi per ambo i sessi.

2 Assicuratore

Helsana Assicurazioni integrative SA corrisponde le prestazioni assicurative per le persone assicurate in qualità di parte contraente del contratto assicurativo e viene denominata «assicuratore».

3 Persone assicurate

Sono assicurate le persone indicate nella polizza.

4 Basi del contratto

A meno che le disposizioni contrattuali non prevedano una normativa divergente, il contratto d'assicurazione è soggetto alle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Assicurazione

5 Oggetto dell'assicurazione

5.1 Nell'ambito delle seguenti disposizioni e in conformità alle condizioni supplementari d'assicurazione (CSA), le assicurazioni integrative all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assicurano le conseguenze economiche di malattia, maternità e infortunio per tutto il tempo in cui sussiste l'assicurazione.

5.2 Nella polizza assicurativa sono indicate le assicurazioni stipulate e le eventuali condizioni particolari d'assicurazione convenute (CPA).

6 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, salvo diversa disposizione.



Definizioni

7 Definizioni di malattia, infortunio 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 gravidanza e il parto sono equiparati alla malattia, a condizione che la madre, al momento del parto, sia stata assicurata presso l'assicuratore per almeno 365 giorni contro le malattie e la copertura delle prestazioni di maternità non sia stata esclusa dall'assicurazione.
- 7.3 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.
- 7.4 Le lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio secondo la legislazione sull'assicurazione contro gli infortuni sono parificate agli infortuni.

8 Fornitori di prestazioni riconosciuti

- 8.1 Sono fornitori riconosciuti le persone e istituzioni definite tali dalla legislazione sull'assicurazione malattia.
- 8.2 Le deroghe al paragrafo 8.1 sono riportate nelle CSA.

Inizio e fine dell'assicurazione

9 Inizio e durata dell'assicurazione

- 9.1 La copertura assicurativa inizia non appena l'assicuratore ha comunicato al proponente l'accettazione della proposta, ma non prima del giorno riportato sulla polizza.
- 9.2 La durata contrattuale minima è di un anno. Un periodo assicurativo dura dal 1° gennaio fino al 31 dicembre. Per le stipulazioni di assicurazioni che avvengono nel corso di un anno civile, il premio è riscosso per l'anno d'assicurazione residuo. Alla data di scadenza e dopo ogni successivo anno d'assicurazione, il contratto si rinnova tacitamente per un altro anno.
- 9.3 L'assicurazione si estingue
- in caso di decesso della persona assicurata;
 - con il raggiungimento dell'età fino alla quale l'assicuratore accorda la copertura assicurativa;
 - con la disdetta da parte del contraente dopo la scadenza del termine contrattuale di disdetta;
 - in caso di soggiorno temporaneo all'estero della durata di oltre 5 anni, salvo diverso accordo;
 - in caso di trasferimento del domicilio all'estero, generalmente alla fine dell'anno civile, salvo diverso accordo;
 - nell'assicurazione d'indennità giornaliera, alla cessazione dell'attività lucrativa, al più tardi comunque al compimento dei 70 anni di età.

10 Disdetta da parte del contraente

- 10.1 Il contraente può disdire l'assicurazione per iscritto per ogni singola persona assicurata, dopo una durata assicurativa ininterrotta di un anno, per la fine di un anno civile osservando un preavviso di tre mesi.
- 10.2 La disdetta è avvenuta entro i termini se è pervenuta all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno lavorativo del mese precedente l'inizio del termine di disdetta di tre mesi.
- 10.3 Dopo ogni caso di sinistro per il quale l'assicuratore deve corrispondere una prestazione, il contraente può disdire l'assicurazione interessata entro 14 giorni dal pagamento dell'indennizzo o dall'avvenuta conoscenza di tale versamento. La copertura assicurativa si estingue 14 giorni dopo la ricezione di tale comunicazione da parte dell'assicuratore.

11 Rinuncia alla disdetta e adeguamento delle CGA e delle CSA

- 11.1 L'assicuratore rinuncia esplicitamente al diritto che gli spetta per legge di disdire il contratto in caso di sinistro e alla scadenza del contratto. Resta salvo il recesso in caso di comportamento contraveniente agli accordi contrattuali.
- 11.2 L'assicuratore è autorizzato ad adeguare le condizioni generali (CGA) e supplementari (CSA) d'assicurazione per uno dei seguenti motivi:
- ampliamento del numero o riconoscimento di nuovi generi di fornitori di prestazioni;
 - sviluppi della medicina moderna;
 - riconoscimento di forme di terapie nuove o più costose, come ad es. tecniche chirurgiche, medicinali o simili;
 - modifiche delle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- 11.3 Se nel corso dell'assicurazione le condizioni generali d'assicurazione o le condizioni supplementari d'assicurazione vengono adeguate in base alle disposizioni del paragrafo 11.2, per il contraente e per l'assicuratore valgono le nuove disposizioni. L'assicuratore comunica tali adeguamenti per iscritto ai contraenti. I contraenti che non sono d'accordo con tali adeguamenti possono disdire le relative assicurazioni alla data della modifica. Se l'assicuratore non riceve la disdetta entro 30 giorni, la modifica si considera accettata.



Premi e partecipazione ai costi

12 Adeguamento dei premi

- 12.1 I premi vengono generalmente adeguati all'età delle persone assicurate.
- 12.2 I premi per le persone assicurate d'età oltre i 65 anni ammontano al massimo al triplo dei premi per i trentenni, quelli per gli ultrasessantenni al massimo al quadruplo dei premi dei trentenni.
- 12.3 Se un cambiamento di domicilio comporta un adeguamento del premio, il premio viene adeguato al momento del cambiamento di domicilio.

13 Pagamento dei premi

- 13.1 I premi assicurativi devono essere pagati in anticipo per il periodo assicurativo.
- 13.2 Se il contraente non ottempera ai suoi obblighi di pagamento, egli verrà avvisato per iscritto in merito alle conseguenze di mora ed esortato 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.
- 13.3 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.

14 Rimborso di franchigie annue e aliquote percentuali

- 14.1 In caso di pagamenti diretti dell'assicuratore ai fornitori di prestazioni, il contraente è tenuto a rimborsare all'assicuratore le franchigie annue convenute e/o le aliquote percentuali entro 30 giorni dalla fatturazione.
- 14.2 Se il contraente non adempie al suo obbligo di pagamento, si applicano per analogia i paragrafi 13.2 e 13.3 CGA.

15 Rimborso del premio

- 15.1 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, l'assicuratore rimborsa il premio relativo al periodo d'assicurazione non fruito.
- 15.2 Non sussiste il diritto al rimborso se il contratto era in vigore da meno di un anno e il contraente ha disdetto il contratto.

16 Modifica della tariffa dei premi, della franchigia e dell'aliquota percentuale

L'assicuratore può ridefinire annualmente la tariffa dei premi, la franchigia e l'aliquota percentuale in base al passaggio a un'altra fascia d'età, allo sviluppo dei costi, all'andamento dei sinistri e all'adeguamento dell'estensione della copertura. L'assicuratore comunica tali adeguamenti per iscritto ai contraenti. Se essi non sono d'accordo con la nuova normativa, possono disdire le relative assicurazioni con effetto a partire dalla data della modifica. Se entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica l'assicuratore non riceve alcuna disdetta, la modifica si considera accettata.

Obblighi della persona assicurata

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

- 17.1 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, l'assicuratore 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 al contraente.
- 17.2 Se l'assicurazione viene sciolta mediante disdetta, si estingue anche l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore 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, l'assicuratore ha diritto a un rimborso.
- 17.3 I proponenti e le persone assicurate esonerano i fornitori di prestazioni che li curano o li hanno curati dall'obbligo del segreto medico nei confronti dell'assicuratore e li autorizzano a rilasciare all'assicuratore ogni informazione richiesta.
- 17.4 Se una persona assicurata cambia domicilio o attività professionale, deve comunicarlo immediatamente per iscritto all'assicuratore.



18 Obblighi in caso di sinistro

- 18.1 La persona assicurata deve intraprendere tutto ciò che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto ciò che la ritarda. In particolare deve attenersi alle prescrizioni del medico e del personale sanitario.
- 18.2 Quando si richiedono prestazioni assicurative, devono essere consegnate all'assicuratore tutte le fatture di ospedali, medici, personale medico, ecc. Si riconoscono solo le fatture originali. L'assicuratore può richiedere inoltre alla persona assicurata certificati medici, rapporti, documenti, ecc.
- 18.3 Il ricovero in un ospedale per casi acuti o in una clinica psichiatrica deve essere notificato immediatamente all'assicuratore, al massimo entro cinque giorni. Se si richiede una garanzia di assunzione dei costi, la notifica deve avvenire prima del ricovero. Le premesse complementari per il rimborso si basano sulle relative disposizioni delle singole assicurazioni.

19 Violazione degli obblighi di notifica e di altri obblighi

- 19.1 Se in caso di sinistro vengono violati gli obblighi prescritti, l'assicuratore può fissare le prestazioni a sua discrezione o rifiutarle.
- 19.2 Queste sanzioni legali non trovano applicazione quando la violazione degli obblighi di notifica è da considerare non colposa in base alle circostanze.

20 Obbligo di pagamento

Generalmente i contraenti sono debitori dell'onorario nei confronti dei fornitori di prestazioni. Essi accettano comunque contratti divergenti stipulati tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni che prevedono il pagamento diretto ai fornitori di prestazioni.

Limitazione della copertura assicurativa

21 Esclusioni di prestazioni

- 21.1 Non sussiste copertura assicurativa per:
- malattie, infortuni e loro conseguenze già esistenti al momento della stipulazione dell'assicurazione;
 - malattie, infortuni e loro conseguenze insorti dopo l'estinzione dell'assicurazione, anche se nel corso della durata assicurativa erano state corrisposte prestazioni;
 - costi di trattamenti non efficaci, non appropriati o non economici. Sono considerati non economici i provvedimenti terapeutici che non si limitano alla misura necessaria nell'interesse della persona assicurata e dello scopo del trattamento. L'efficacia deve essere dimostrata secondo metodi scientifici;

- trattamenti e operazioni estetiche;
 - cure dentarie, a meno che non ne sia prevista esplicitamente la copertura in singole assicurazioni;
 - malattie e infortuni causati da pericoli straordinari. Sono considerati tali:
 - la partecipazione a disordini;
 - il servizio militare all'estero;
 - la partecipazione ad azioni belliche e ad atti di terrorismo, l'esecuzione premeditata di crimini o delitti compiuti o tentati;
 - la partecipazione a risse e baruffe, a meno che persone assicurate non siano state ferite dai litiganti pur non avendo preso parte alla rissa oppure soccorrendo una persona indifesa;
 - i pericoli cui le persone assicurate si espongono provocando gli altri violentemente;
 - malattie e infortuni causati da atti temerari. 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;
 - malattie e infortuni dovuti a eventi bellici:
 - in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
 - all'estero, a meno che le persone assicurate si ammalinino o siano vittime d'infortunio entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese nel quale soggiornano ed esse siano state colte di sorpresa dall'inizio delle ostilità belliche;
 - danni alla salute causati dall'azione di radiazioni ionizzanti e dall'energia atomica;
 - malattie e infortuni dovuti all'abuso di alcol, medicinali, droghe e sostanze chimiche;
 - trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per i compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK), Soletta, ha convenuto forfait per singoli casi. Ciò vale anche per le cliniche senza forfait per singoli casi;
 - partecipazioni ai costi, legali o convenute, nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
 - automutilazioni e suicidi compiuti o tentati.
- 21.2 Restano salve ulteriori esclusioni delle prestazioni in base alle disposizioni delle singole assicurazioni.



22 Sussidiarietà e prestazioni di terzi

- 22.1 Tutte le prestazioni secondo le presenti condizioni generali d'assicurazione e le condizioni supplementari d'assicurazione sono sempre accordate a complemento delle prestazioni di assicuratori sociali. In caso di obbligo a prestazioni di altri assicuratori privati, l'assicuratore corrisponde le prestazioni proporzionalmente in base al rapporto tra la propria somma assicurata e l'importo complessivo delle somme assicurate.
- 22.2 Se per le conseguenze della malattia o dell'infortunio vi sono terzi responsabili tenuti a prestazioni, l'assicuratore accorda le sue prestazioni, con riserva del paragrafo 23 CGA, solo quando tali terzi hanno corrisposto le loro prestazioni e soltanto nella misura in cui, tenuto conto delle prestazioni di terzi, per la persona assicurata non ne risulti un guadagno.

23 Anticipo di prestazioni e diritto di regresso

- 23.1 L'assicuratore può anticipare le prestazioni a condizione che la persona assicurata gli ceda i propri diritti nei confronti dei terzi tenuti a prestazione fino a concorrenza delle prestazioni da esso corrisposte e si impegni a non intraprendere nulla che possa ostacolare l'esercizio di un eventuale diritto di regresso nei confronti di terzi.
- 23.2 Se, senza il consenso dell'assicuratore, le persone assicurate prendono accordi con terzi tenuti a prestazioni in base ai quali esse rinunciano, parzialmente o totalmente, a prestazioni assicurative o di risarcimento danni, il diritto alle prestazioni nei confronti dell'assicuratore decade.

24 Compensazione

- 24.1 L'assicuratore può compensare prestazioni da pagare con crediti nei confronti della persona assicurata.
- 24.1 La persona assicurata non ha nessun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.

25 Costituzione in pegno e cessione di prestazioni

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

26 Tariffe dei fornitori di prestazioni

L'assicuratore riconosce le tariffe vigenti per le assicurazioni sociali svizzere. Restano salve le disposizioni divergenti nelle condizioni supplementari d'assicurazione.

27 Accordi sull'onorario

Gli accordi sull'onorario tra il fatturante e le persone assicurate non sono vincolanti per l'assicuratore. Vi è un diritto a prestazioni soltanto nei limiti della tariffa riconosciuta dall'assicuratore per il relativo fornitore di prestazioni.

Varie

28 Tessera d'assicurato

- 28.1 Le persone assicurate di alcune assicurazioni integrative di malattia ricevono una tessera d'assicurato. Essa serve per dimostrare ai fornitori di prestazioni quali assicurazioni sono state stipulate. A condizione che sussistano contratti in tal senso, essa le autorizza a fruire di varie prestazioni, come ad esempio l'acquisto dei farmaci senza contanti.
- 28.2 La tessera d'assicurato è valida per la durata della copertura assicurativa. Essa non può essere né prestata né trasferita 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 informato. La persona assicurata deve distruggere la tessera d'assicurato non appena la copertura assicurativa si estingue.
- 28.3 In caso di abuso 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 riscosse e devono essere sostenute le spese risultanti. È fatta salva la mancanza di colpa ai sensi dell'articolo 45 LCA.

29 Comunicazioni

- 29.1 Le comunicazioni dirette all'assicuratore devono essere inviate all'indirizzo indicato nella polizza.
- 29.2 La persona assicurata riceve le comunicazioni dell'assicuratore all'ultimo indirizzo in Svizzera segnalato.
- 29.3 Ulteriori informazioni, come ad esempio sulle modifiche delle presenti condizioni d'assicurazione, sono pubblicate nel sito Internet dell'assicuratore e nell'allegato annuale alla polizza.



30 Protezione dei dati

Per le spiegazioni dettagliate concernenti l'utilizzo dei dati personali da parte di Helsana Assicurazioni integrative SA si rimanda alla dichiarazione sulla protezione dei dati. Questa viene pubblicata su www.helsana.ch/protezione-dei-dati.

- 30.1 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.

Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana sono dunque anche esplicitamente autorizzate 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.

- 30.2 Sono membri del gruppo Helsana: Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA, Helsana Infortuni SA, Progrès Assicurazioni SA, Helsana Partecipazioni SA e Procure Previdenza SA.
- 30.3 Gli attuali partner di Helsana Assicurazioni integrative SA sono riportati sul sito Internet dell'assicuratore.
- 30.4 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.
- 30.5 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.

31 Foro competente

Per le vertenze giuridiche derivanti dal contratto assicurativo sono competenti, a scelta, i tribunali delle località svizzere di domicilio delle persone assicurate e degli aventi diritto o i tribunali della sede dell'assicuratore.

32 Diritto di disdetta particolare

Per le coperture assicurative in vigore prima del 1° gennaio 2008, il contraente ha il diritto di disdire l'intero contratto in deroga ai paragrafi 10.3, 11.3 e 16 delle presenti CGA.

