



Assicurazioni complementari per spese di guarigione

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)
Informazione per la clientela secondo la LCA

Informazione per la clientela

La seguente informazione per la clientela offre una panoramica sull'identità dell'assicuratore e sul contenuto essenziale del contratto d'assicurazione conformemente all'art. 3 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). I diritti ed i doveri delle parti contraenti sono deducibili dalla proposta d'assicurazione risp. dalla polizza assicurativa, dalle Condizioni generali e complementari d'assicurazione, nonché dalle leggi applicabili, in particolare dalla LCA.

Chi è l'assicuratore?

L'assicuratore è la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA, indicata qui di seguito CONCORDIA, con sede statutaria alla Bundesplatz 15, 6002 Lucerna. La CONCORDIA è una società anonima secondo il diritto svizzero.

Quali sono i rischi assicurati e qual è l'entità della protezione assicurativa?

L'assicurazione copre le conseguenze finanziarie dei rischi seguenti:

- malattia e/o
- infortunio e/o
- maternità.

I rischi concreti assicurati nonché l'entità della protezione assicurativa sono deducibili dalla proposta d'assicurazione risp. dalla polizza assicurativa, nonché dalle Condizioni generali e complementari d'assicurazione. L'elenco delle prestazioni offre una descrizione delle prestazioni dei singoli prodotti assicurativi.

Non esiste alcuna protezione assicurativa tra l'altro per:

- trattamenti di malattie e infortuni in connessione con il consumo di droghe, con l'abuso di alcol e di medicinali nonché con il tentato o compiuto suicidio o l'autoutilizzazione;
- trattamenti del sovrappeso, cure di irrobustimento e terapie cellulari (incluse complicazioni e conseguenze tardive);
- inseminazione artificiale e trattamenti contro la sterilità (incluse complicazioni e conseguenze tardive);
- trattamenti cosmetici e cambiamenti di sesso (incluse complicazioni e conseguenze tardive);
- partecipazioni ai costi (franchigie e aliquote percentuali) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di altre assicurazioni.

Ulteriori esclusioni sono indicate nelle Condizioni generali e complementari d'assicurazione.

A quanto ammonta il premio?

L'ammontare del premio dipende dall'età e dal domicilio di diritto civile della persona assicurata, dai relativi rischi assicurati nonché dalla copertura desiderata e dalla partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale). Tutte le indicazioni riguardo al premio e alla partecipazione ai costi sono contenute nella proposta d'assicurazione risp. nelle Condizioni complementari d'assicurazione. I contratti delle assicurazioni collettive possono contenere delle disposizioni divergenti.

Quando bisogna pagare il premio?

Il premio annuo deve essere pagato in anticipo e scade il 1° gennaio di ogni anno o - in caso di pagamento rateale - il 1° di ogni mese. In caso di pagamenti diretti da parte della CONCORDIA ai fornitori di prestazioni (medico, ospedale, farmacia ecc.), lo stipulante è obbligato a rimborsare alla CONCORDIA le partecipazioni ai costi convenute entro 30 giorni dalla fatturazione.

Quali altri obblighi incombono alla persona assicurata?

- **Obbligo di riduzione dei danni:** la persona assicurata deve provvedere in caso di malattia o infortunio affinché le venga fornito quanto prima un trattamento medico qualificato. È obbligata a seguire le disposizioni del medico e ad astenersi da tutto ciò che potrebbe causare un peggioramento del suo stato di salute.
- **Obbligo di notifica:** la persona assicurata deve immediatamente notificare l'entrata in ospedale, al più tardi però dopo cinque giorni.
- **Obbligo di collaborazione:** la persona assicurata deve fornire alla CONCORDIA informazioni complete e veritiere su tutto ciò che riguarda il caso assicurativo (malattia, infortunio, gravidanza), nonché per quel che riguarda precedenti malattie e infortuni, ed esonera il personale medico curante (medico ecc.) dal segreto professionale nei confronti della CONCORDIA.

Ulteriori obblighi sono deducibili dalle Condizioni generali e complementari d'assicurazione nonché dalla LCA.

Quando inizia l'assicurazione?

L'assicurazione inizia il giorno indicato nella proposta d'assicurazione risp. nella polizza.

Quanto dura il contratto?

Il contratto è concluso a vita, se la polizza o le Condizioni complementari d'assicurazione non contengono una durata determinata del contratto. La durata contrattuale minima di un contratto che è stato concluso a vita, è di 1 anno, se la proposta d'assicurazione risp. la polizza non prevede un'altra durata contrattuale minima. Per le assicurazioni ospedaliere con franchigia opzionale il passaggio a una franchigia più bassa è possibile per la prima volta dopo una durata assicurativa di 3 anni.

Quando termina il contratto?

Lo stipulante può disdire il contratto:

- in caso di un'assicurazione conclusa a vita dopo la scadenza della durata contrattuale minima per la fine di ogni anno civile rispettando un termine di disdetta di tre mesi. La disdetta è avvenuta tempestivamente se è giunta presso la CONCORDIA al più tardi l'ultimo giorno prima dell'inizio del termine di preavviso di tre mesi;
- in caso di un contratto con una durata contrattuale fissa per la fine della durata del contratto rispettando un termine di disdetta di tre mesi. La disdetta è avvenuta tempestivamente se è giunta presso la CONCORDIA al più tardi l'ultimo giorno prima dell'inizio del termine di preavviso di tre mesi. Se il contratto non viene disdetto, si rinnova tacitamente di un ulteriore anno;
- dopo ogni evento assicurativo per il quale deve essere versata una prestazione, al più tardi entro 14 giorni da quando è venuto a conoscenza del versamento da parte della CONCORDIA;
- quando la CONCORDIA modifica i premi. In questo caso la disdetta deve giungere presso la CONCORDIA l'ultimo giorno dell'anno civile.

La CONCORDIA può disdire il contratto:

- se sono stati taciuti fatti rilevanti o se ne è stata data falsa comunicazione (violazione dell'obbligo di dichiarazione/reticenza).

Per il resto la CONCORDIA rinuncia al suo diritto di disdetta, salvo disposizioni contrarie nelle Condizioni complementari d'assicurazione o nella polizza assicurativa.

La CONCORDIA può recedere dal contratto:

- se la persona assicurata è in ritardo con il pagamento del premio, se è stata diffidata e la CONCORDIA rinuncia a recuperare il premio;
- in caso di frode assicurativa.

Il contratto si estingue automaticamente se la persona assicurata trasferisce il suo domicilio di diritto civile o la sua residenza abituale all'estero per la durata di oltre 12 mesi.

Ulteriori possibilità di terminare il contratto sono deducibili dalle Condizioni generali e complementari d'assicurazione nonché dalla LCA.

Come vengono elaborati i dati presso la CONCORDIA?

La CONCORDIA elabora i dati provenienti dai documenti contrattuali o dall'esecuzione dei contratti e li utilizza soprattutto per la fissazione del premio, per la valutazione del rischio, per il trattamento dei casi assicurativi, per l'analisi statistica nonché per scopi di marketing. I dati vengono conservati fisicamente o elettronicamente. La CONCORDIA può trasmettere i dati, nella misura necessaria, a terzi partecipi all'esecuzione del contratto, soprattutto a coassicuratori e riassicuratori per elaborazione. La CONCORDIA può inoltre richiedere informazioni utili a enti e ulteriori terzi, soprattutto riguardo all'andamento del sinistro. Questo è valido a prescindere dalla realizzazione del contratto. La persona assicurata ha il diritto di richiedere alla CONCORDIA le informazioni previste per legge sull'elaborazione dei dati che la riguardano.



Assicurazioni complementari per spese di guarigione

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

| | | |
|--|-------------|---|
| <p>I. In generale Basi 1 Assicuratore, persone assicurate 2 Proposta d'assicurazione 3</p> <p>II. Entità delle assicurazioni Oggetto delle assicurazioni 4 Ammissione alle assicurazioni 5 Validità territoriale 6</p> <p>III. Definizioni Forma maschile e femminile 7 Malattia, maternità 8 Infortunio 9 Fornitori di prestazioni 10 Periodo d'assicurazione 11</p> <p>IV. Inizio e fine delle assicurazioni Inizio della protezione assicurativa 12 Durata del contratto 13 Polizza surrogata 14 Fine delle assicurazioni 15 Disdetta 16 Rinuncia al diritto legale di cessazione 17 Estinzione del diritto alle prestazioni 18</p> <p>V. Premi e partecipazioni ai costi Tariffa dei premi 19 Scadenza, pagamento dei premi 20 Diffida, mora nel pagamento 21 Rimborso dei premi 22 Adattamento della tariffa dei premi 23 Cambiamento della graduazione dei premi 24 Rimborso di partecipazioni ai costi 25</p> <p>VI. Obblighi e motivazione del diritto alle prestazioni Obbligo di sottoporsi a cure mediche, obbligo d'informazione 26 Obbligo di notifica in caso di trattamento ambulatoriale 27 Obbligo di notifica in caso di trattamento in ospedale 28 Obbligo di notifica in caso di cure 29 Motivazione del diritto alle prestazioni 30</p> | <p>Art.</p> | <p>VII. Limitazioni della protezione assicurativa Esclusioni 31 Riduzioni 32 Prestazioni di terzi, sussidiarietà 33 Anticipo di prestazioni, diritto di regresso 34</p> <p>VIII. Varia Obbligo di pagamento 35 Accordi di pagamento e tariffe 36 Luogo di soddisfazione e foro competente 37 Comunicazioni 38 Accordi particolari 39 Compensazione, cessione, costituzione in pegno e rimborso 40 Adattamento delle condizioni d'assicurazione 41</p> <p>I. In generale</p> <p>1 Basi 1.1 Formano le basi del contratto: 1.1.1 le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), le Condizioni complementari d'assicurazione (CCA), eventuali Condizioni particolari d'assicurazione (CPA), come pure le disposizioni contenute nella polizza e nelle eventuali aggiunte; 1.1.2 le dichiarazioni scritte che lo stipulante (proponente) e gli assicurati (le persone da assicurare) inoltrano nella proposta, nel rapporto del medico esaminante ed in altri documenti scritti. 1.2 Disposizioni divergenti contenute nelle Condizioni complementari o particolari d'assicurazione hanno la precedenza su queste CGA. Soprattutto per gli assicurati che hanno scelto una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'art. 62 LAMal (p. es. HMO, modello del medico di famiglia) valgono le rispettive Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) applicabili. 1.3 Qualora un caso non sia esplicitamente regolato dal presente documento, fa stato la legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA).</p> <p>2 Assicuratore, persone assicurate 2.1 Assicuratore ai sensi delle seguenti disposizioni è la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA, in seguito denominata CONCORDIA, Lucerna. 2.2 Sono assicurate le persone indicate nella polizza.</p> |
|--|-------------|---|

3 Proposta d'assicurazione

- 3.1 Per l'ammissione all'assicurazione o per cambiamenti dell'assicurazione dev'essere compilato in modo veritiero e completo l'apposito formulario di proposta ed inviato all'assicuratore. Lo stesso vale per eventuali indicazioni complementari richieste. La decisione può dipendere dal risultato di una visita medica.
- 3.2 Un neonato può essere assicurato dal giorno della nascita, se il formulario di proposta è giunto all'assicuratore prima della nascita.
- 3.3 Se al momento della stipulazione dell'assicurazione il proponente o l'assicurato ha dato indicazioni false o ha taciuto 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 precedenti la stessa, in tal caso l'assicuratore ha il diritto di disdire per iscritto il contratto entro quattro settimane da quando è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo di dichiarazione. La disdetta acquista efficacia con la notifica allo stipulante.

II. Entità delle assicurazioni

4 Oggetto delle assicurazioni

- 4.1 Sono assicurabili le conseguenze economiche di malattia, maternità ed infortunio a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'assicurazione contro gli infortuni ai sensi della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). Le prestazioni saranno accordate successivamente alle prestazioni da parte di queste assicurazioni obbligatorie.
- 4.2 Le particolarità delle diverse assicurazioni sono regolate nelle Condizioni complementari d'assicurazione (CCA).

5 Ammissione alle assicurazioni

- 5.1 L'assicuratore ha il diritto di apporre una riserva a singole malattie o postumi d'infortunio o di rifiutare completamente le assicurazioni.
- 5.2 I bambini vengono ammessi senza riserva, se la proposta d'assicurazione viene presentata prima della nascita. Rimangono riservate disposizioni divergenti nelle Condizioni complementari d'assicurazione (CCA).

6 Validità territoriale

- 6.1 Le assicurazioni sono vevolevoli in tutto il mondo.
- 6.2 Prestazioni all'estero vengono versate, solo se ciò è previsto nelle Condizioni complementari d'assicurazione (CCA).

- 6.3 Per i frontalieri è equiparato alla Svizzera un corridoio limitrofo di 20 km dalla frontiera nazionale svizzera.

III. Definizioni

7 Forma maschile e femminile

La forma maschile scelta in queste Condizioni generali d'assicurazione (CGA) ed in altre disposizioni vale anche per persone di sesso femminile.

8 Malattia, maternità

- 8.1 È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica riscontrabile dal punto di vista medico e indipendente dalla volontà dell'assicurato, che richieda cure mediche e non derivi da infortunio o da lesione corporale simile ad infortunio come definite dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.
- 8.2 Gravidanza e parto sono equiparati a malattia, premesso che l'assicurazione della madre al momento del parto era in vigore da almeno un anno.

9 Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, come pure danni al corpo umano simili ad infortunio secondo la definizione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

10 Fornitori di prestazioni

Sono considerati fornitori di prestazioni ai sensi del contratto le persone, gli stabilimenti e le istituzioni che sono autorizzati secondo l'art. 35 segg. LAMal ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, o secondo l'art. 53 LAINF ad esercitare a carico dell'assicurazione contro gli infortuni e che adempiono le condizioni poste in tali leggi.

11 Periodo d'assicurazione

Quale periodo d'assicurazione viene considerato l'anno civile.

IV. Inizio e fine delle assicurazioni

12 Inizio della protezione assicurativa

Le assicurazioni possono essere stipulate per il primo di ogni mese. La protezione assicurativa ha inizio quando l'assicuratore ha accettato per iscritto la proposta, al più presto però il giorno richiesto per l'inizio dell'assicurazione, risp. il giorno indicato nella polizza.

13 Durata del contratto

- 13.1 Il contratto è valido per la durata contrattuale fissa indicata sulla polizza. Si rinnova in seguito tacitamente di un ulteriore anno a meno che lo stipulante non abbia disdetto il contratto per la fine della durata.
- 13.2 Se nella polizza non è stata stipulata una durata determinata del contratto, le assicurazioni vengono concluse a vita.

14 Polizza surrogata

Quando una polizza viene surrogata, le prestazioni percepite fino allora e limitate per contratto per la durata o per l'importo vengono computate nel conteggio delle prestazioni future.

15 Fine delle assicurazioni

- 15.1 Le assicurazioni si estinguono:
- 15.1.1 con il decesso della persona assicurata;
 - 15.1.2 per disdetta;
 - 15.1.3 per recesso dell'assicurato o dell'assicuratore (art. 21.2);
 - 15.1.4 con il trasferimento all'estero del domicilio ai sensi del diritto civile;
 - 15.1.5 con il trasferimento della residenza abituale all'estero durante più di dodici mesi, salvo esplicito accordo contrario scritto.
- 15.2 Restano riservate le disposizioni particolari per lavoratori mandati all'estero conformemente all'art. 4 OAMal.

16 Disdetta

- 16.1 Lo stipulante può disdire le assicurazioni:
- in caso di contratti con una durata contrattuale fissa rispettando un termine di disdetta di tre mesi per la fine della durata del contratto;
 - in caso di assicurazioni concluse a vita dopo una durata contrattuale minima di un anno per la fine di ogni periodo d'assicurazione rispettando un termine di disdetta di tre mesi. Le Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) o la polizza possono prevedere per singole assicurazioni una durata contrattuale minima più lunga;
 - in caso di cambiamento delle tariffe dei premi o delle regolazioni delle partecipazioni ai costi (art. 23);
 - in caso di adattamenti delle condizioni d'assicurazione (art. 41);
 - dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore ha versato delle prestazioni, al più tardi entro 14 giorni dal momento in cui è venuto a conoscenza del versamento.
- 16.2 La disdetta deve avvenire per iscritto. La disdetta è avvenuta tempestivamente se è giunta presso l'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno prima dell'inizio del termine di preavviso.

- 16.3 L'assicuratore rinuncia al suo diritto di disdetta, eccetto nel caso di violazione dell'obbligo di dichiarazione e salvo disposizioni contrarie nelle Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) o nella polizza.

17 Rinuncia al diritto legale di cessazione

L'assicuratore rinuncia esplicitamente al suo diritto legale di sciogliere il contratto dopo il verificarsi di un evento assicurato, tranne in caso di violazione dell'obbligo di dichiarazione, come pure in caso di tentato o compiuto abuso assicurativo.

18 Estinzione del diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni (incluse le prestazioni per trattamenti di malattia, infortunio o dentari precedenti o in corso) si estingue con la fine dell'assicurazione risp. con l'esclusione della rispettiva copertura assicurativa.

V. Premi e partecipazioni ai costi

19 Tariffa dei premi

- 19.1 I premi vengono calcolati per periodo d'assicurazione (art. 11) e inseriti nella tariffa dei premi.
- 19.2 La tariffa dei premi può prevedere una graduazione dei premi secondo l'età, il sesso, la professione, l'attività, il domicilio di diritto civile dell'assicurato o la sede dello stipulante. Se cambiano la professione, l'attività o il domicilio di diritto civile dell'assicurato o la sede dello stipulante, ciò dev'essere comunicato tempestivamente per iscritto all'assicuratore. I premi possono essere adattati dal momento del cambiamento.
- 19.3 I premi vengono adattati annualmente alla tariffa dei premi che corrisponde all'età attuale dell'assicurato.

20 Scadenza, pagamento dei premi

- 20.1 Il premio annuo dev'essere pagato in anticipo. Esso scade il 1° gennaio di ogni anno, in caso d'adesione nel corso dell'anno, con l'invio della fattura per il rispettivo periodo rimanente di un anno.
- 20.2 Dietro un supplemento-premi può essere convenuto un pagamento a rate. Anche le rate sono da pagare anticipatamente.
- 20.3 Se lo stipulante dispone di più assicurazioni (inclusa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), egli deve scegliere un modo di pagamento unitario.
- 20.4 Se è stato convenuto il pagamento a rate, le rate dovute nel corso dell'anno sono solamente ritenute in moratoria.
- 20.5 Se lo stipulante è in ritardo con il pagamento di una rata convenuta, il pagamento del premio residuo per il periodo d'assicurazione in corso è immediatamente dovuto.

21 Diffida, mora nel pagamento

21.1 Se il premio non viene pagato entro la data di scadenza, lo stipulante viene diffidato per iscritto, con avvertenza sulle conseguenze di mora, ad effettuare il pagamento entro 14 giorni dall'invio della diffida. Se la diffida rimane senza effetto, l'obbligo di prestazioni viene sospeso a partire dalla data di scadenza del termine di diffida.

21.2 Qualora la quota arretrata non fosse stata richiesta tramite le vie legali entro due mesi dalla scadenza del termine di diffida fissato secondo l'art. 21.1, si ritiene che l'assicuratore sia receduto dal contratto e abbia rinunciato al pagamento del premio arretrato.

21.3 Se l'assicuratore ha richiesto il premio tramite le vie legali o l'ha accettato in seguito, il suo obbligo di prestazioni rinasce dal momento in cui il premio arretrato viene pagato con interessi e spese. L'assicuratore non è tenuto a prestazioni per casi assicurativi che si verificano durante il periodo di mora e dopo la scadenza del termine di diffida.

22 Rimborso dei premi

22.1 Nel caso di scioglimento anticipato dell'assicurazione per cause legali o contrattuali prima della scadenza del periodo assicurativo convenuto, l'assicuratore effettua il rimborso del premio pagato per il periodo assicurativo non scaduto, oppure non richiede più il versamento delle rate che sarebbero scadute in seguito.

22.2 Questa regolamentazione non vale se lo stipulante in caso di sinistro disdice il contratto prima della scadenza del primo anno d'assicurazione.

23 Adattamento della tariffa dei premi

Nel caso di cambiamento delle tariffe dei premi o delle regolazioni di partecipazioni ai costi, l'assicuratore può richiedere l'adattamento dell'assicurazione per il primo giorno del seguente periodo d'assicurazione. A tale scopo esso deve comunicare per iscritto all'assicurato le nuove condizioni del contratto al più tardi 25 giorni prima dell'entrata in vigore. Lo stipulante ha il diritto di disdire l'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso. Se fa uso di questo diritto, l'assicurazione si estingue al termine del periodo d'assicurazione in corso. La disdetta deve arrivare presso l'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno del periodo d'assicurazione in corso. Se lo stipulante non ha inoltrato disdetta, significa che approva l'adattamento dell'assicurazione.

24 Cambiamento della graduazione dei premi

24.1 Nel caso in cui un cambiamento della graduazione dei premi secondo l'età, la professione, l'attività, il domicilio di diritto civile dell'assicurato o la sede dello stipulante provochi un cambiamento del premio,

l'assicuratore può adattare il premio a partire dal momento del cambiamento.

24.2 Non esiste motivo di disdetta ai sensi dell'art. 23 eccetto se il cambiamento del premio avviene a causa di una modifica della graduazione dei premi secondo l'età.

25 Rimborso di partecipazioni ai costi

25.1 In caso di pagamenti diretti ai fornitori di prestazioni, lo stipulante è obbligato a rimborsare all'assicuratore la franchigia e l'aliquota percentuale convenute entro 30 giorni dalla fatturazione.

25.2 Se lo stipulante non adempie al suo obbligo di pagamento, vale per analogia l'art. 21.

VI. Obblighi e motivazione del diritto alle prestazioni

26 Obbligo di sottoporsi a cure mediche, obbligo d'informazione

26.1 Qualora una malattia o un infortunio richieda presumibilmente prestazioni assicurative, bisogna sottoporsi quanto prima a cure mediche idonee. L'assicurato è obbligato a seguire le disposizioni del medico o di altri fornitori di prestazioni.

26.2 L'assicuratore ha il diritto di richiedere ai fornitori di prestazioni ulteriori documentazioni ed informazioni, in particolare certificati medici. Lo stipulante risp. l'assicurato deve inoltre dare informazioni complete e veritiere su tutto ciò che riguarda il caso di sinistro come pure per quel che riguarda precedenti malattie e infortuni ed esonera i fornitori di prestazioni, presso i quali è o è stato in trattamento, dall'obbligo del segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.

26.3 Se richiesto, l'assicurato è inoltre obbligato a sottoporsi alla visita di medici incaricati dall'assicuratore.

27 Obbligo di notifica in caso di trattamento ambulatoriale

In caso di trattamento ambulatoriale, devono essere inviate le relative fatture e documentazioni originali dettagliate alla fine del trattamento, ma almeno una volta all'anno.

28 Obbligo di notifica in caso di trattamento in ospedale

28.1 L'entrata in ospedale deve immediatamente essere notificata, al più tardi però dopo cinque giorni.

28.2 Su richiesta del fornitore di prestazioni o dell'assicurato verrà rilasciata al momento dell'entrata all'ospedale una garanzia di assunzione dei costi.

29 **Obbligo di notifica in caso di cure**

La prescrizione medica della cura deve essere consegnata in tempo prima dell'inizio della cura, indicando il nome dello stabilimento di cura o di quello balneare e la data dell'inizio della cura.

30 **Motivazione del diritto alle prestazioni**

- 30.1 Qualora l'assicurato faccia valere il diritto alle prestazioni, egli deve inviare gli originali di tutti i certificati medici, rapporti e di tutte le documentazioni e fatture dei fornitori di prestazioni.
- 30.2 Qualora per una malattia o per postumi d'infortunio oltre all'assicuratore fossero tenuti al versamento di prestazioni anche altri assicuratori sociali o privati (p.es. assicurazione invalidità, assicurazione militare, altri assicuratori malattie o infortuni) devono essere inviati oltre ai documenti citati anche i conteggi di tali assicuratori.
- 30.3 Lo stipulante risp. l'assicurato deve informare l'assicuratore sul tipo e sull'entità di tutte le prestazioni alle quali per malattia o infortunio ha diritto o le quali gli vengono versate da parte di terzi obbligati al pagamento per atto illecito, per contratto o legge.

VII. **Limitazioni della protezione assicurativa**

31 **Esclusioni**

- 31.1 Le malattie e gli infortuni nonché le complicazioni e le conseguenze tardive, che si verificano in connessione con i seguenti avvenimenti sono esclusi dall'assicurazione:
- conseguenze di avvenimenti bellici in Svizzera e all'estero. Qualora però l'assicurato venisse sorpreso nel Paese in cui si trova dallo scoppio di simili avvenimenti, la protezione assicurativa si estingue solo 14 giorni dopo il primo sorgere degli stessi;
 - servizio militare all'estero;
 - partecipazione ad eventi bellici o atti di terrorismo;
 - partecipazione a sommosse, dimostrazioni o avvenimenti simili;
 - esecuzione intenzionale o per negligenza grave di crimini e delitti;
 - partecipazione a risse ed a zuffe, a meno che l'assicurato sia stato ferito dai contendenti, senza aver prima avuto parte alcuna alla contesa, o prestando soccorso ad una persona nell'impossibilità di difendersi;
 - pericoli ai quali l'assicurato si espone provocando gravemente altre persone;
 - azione di raggi ionizzanti e danni derivanti dall'energia nucleare;
 - consumo di droghe, stupefacenti e altre sostanze tossiche, come pure abuso di alcol e medicinali;
 - tentato o compiuto suicidio o automutilazione.

- 31.2 Inoltre non vengono versate prestazioni per:

- terapia cellulare, trattamento dell'adiposità (sovrappeso), cure di irrobustimento (incluse complicazioni e conseguenze tardive);
- terapie la cui efficacia, idoneità ed economicità non siano provate dal punto di vista scientifico;
- inseminazione artificiale nonché trattamenti contro la sterilità (incluse complicazioni e conseguenze tardive);
- trattamenti cosmetici (incluse complicazioni e conseguenze tardive);
- cambiamenti di sesso (incluse complicazioni e conseguenze tardive);
- partecipazioni ai costi (franchigie e aliquote percentuali) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di altre assicurazioni.

32 **Riduzioni**

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

- qualora lo stipulante, risp. l'assicurato avesse mancato ai suoi doveri ed obbligazioni, a meno che possa dimostrare che la mancanza non è imputabile a colpa;
- qualora lo stipulante, risp. l'assicurato avesse causato l'evento assicurato per negligenza grave;
- per infortuni conseguenti ad atti temerari. Gli atti temerari sono azioni con le quali un assicurato si espone ad un pericolo straordinario senza intraprendere o poter intraprendere le misure necessarie per limitare il rischio ad una misura ragionevole. Gli atti di salvataggio a favore di persone sono invece assicurati anche se di per sé sono da considerare quali atti temerari.

33 **Prestazioni di terzi, sussidiarietà**

- 33.1 Le prestazioni delle assicurazioni complementari per spese di guarigione vengono versate successivamente alle prestazioni previste dalla legislazione federale svizzera sull'assicurazione malattie, infortuni, militare ed invalidità, nonché dai rispettivi enti assicuratori esteri. Qualora un assicurato avesse diritto a prestazioni da parte delle citate assicurazioni sociali, le prestazioni verranno versate solo se il caso è stato annunciato a questi enti assicuratori a tempo debito.
- 33.2 Qualora esistessero contratti d'assicurazione di diritto privato presso più assicuratori tenuti al versamento di prestazioni, le prestazioni verranno versate interamente una sola volta. In questo caso viene accertato a quale versamento sarebbe tenuto ogni assicuratore in base alle assicurazioni esistenti presso di lui se lo stesso fosse l'unico tenuto a fornire prestazioni, ed in seguito viene calcolata la somma globale delle prestazioni. Ogni assicuratore deve assumersi solo quella quota che corrisponde alla parte da lui dovuta della somma complessiva.

- 33.3 Qualora terzi o i loro rispettivi assicuratori di responsabilità civile fossero tenuti a fornire prestazioni per conseguenze di malattia ed infortunio, le prestazioni verranno accordate solo se questi hanno accordato le loro prestazioni e solo in tale misura che tenendo conto di queste prestazioni, l'assicurato non ne ritrae un guadagno. Rimangono riservati gli anticipi di prestazioni secondo l'art. 34.
- 33.4 Qualora un altro assicuratore riducesse o negasse le sue prestazioni per motivi che anche secondo l'art. 32 giustificano una riduzione delle prestazioni, la perdita dovuta alla riduzione dell'altro assicuratore non viene risarcita.

34 Anticipo di prestazioni, diritto di regresso

- 34.1 L'assicuratore può anticipare delle prestazioni a condizione che l'assicurato ceda i suoi diritti verso terzi in misura delle prestazioni anticipate e s'impegni a non intraprendere niente che ostacoli l'esercizio di un eventuale diritto di regresso verso terzi.
- 34.2 Non esiste obbligo di prestazioni, se l'assicurato senza approvazione dell'assicuratore accorda con un terzo tenuto a fornire prestazioni una rinuncia parziale o totale a prestazioni assicurative o di risarcimento danni o accorda un'indennità in capitale.

VIII. Varia

35 Obbligo di pagamento

Debitore nei confronti dei fornitori di prestazioni è in linea di massima l'assicurato. Lo stipulante, risp. l'assicurato accetta però contratti tra assicuratori e fornitori di prestazioni, i quali prevedono il pagamento diretto al fornitore di prestazioni.

36 Accordi di pagamento e tariffe

- 36.1 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 riconosciute dall'assicuratore.
- 36.2 L'assicuratore riconosce le tariffe valide per le assicurazioni sociali svizzere e le tariffe private applicate solitamente. Disposizioni divergenti contenute nelle Condizioni complementari d'assicurazione rimangono riservate.

37 Luogo di soddisfazione e foro competente

- 37.1 Gli obblighi derivanti da questo contratto sono da soddisfare in Svizzera e nell'unità monetaria svizzera.
- 37.2 In caso di controversie derivanti dal presente contratto sono a disposizione dello stipulante, risp. dell'assicurato a scelta il foro di Lucerna o quello del suo domicilio svizzero.

38 Comunicazioni

- 38.1 Tutte le comunicazioni possono essere inviate con validità giuridica alla Sede principale della CONCORDIA o alla sua rappresentanza indicata nella polizza.
- 38.2 Se le assicurazioni complementari della CONCORDIA vengono offerte mediante un altro assicuratore, le comunicazioni e indicazioni inoltrate allo stesso valgono come se le stesse fossero state inviate alla CONCORDIA stessa.
- 38.3 Le comunicazioni dell'assicuratore avvengono in forma giuridicamente valida all'ultimo indirizzo in Svizzera reso noto dallo stipulante.

39 Accordi particolari

Accordi fuori di queste disposizioni sono vincolanti per l'assicuratore solo se sono stati confermati per iscritto dalla sua Sede principale.

40 Compensazione, cessione, costituzione in pegno e rimborso

- 40.1 Lo stipulante ossia l'assicurato non ha alcun diritto di compensare nei confronti dell'assicuratore i premi arretrati con dei diritti a prestazioni.
- 40.2 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.
- 40.3 Le prestazioni percepite indebitamente dall'assicurato devono essere rimborsate all'assicuratore.

41 Adattamento delle condizioni d'assicurazione

- 41.1 L'assicuratore ha il diritto di adattare le condizioni d'assicurazione, soprattutto in caso di:
- 41.1.1 incremento del numero o determinazione di nuovi tipi di fornitori di prestazioni;
- 41.1.2 evoluzione della medicina moderna;
- 41.1.3 determinazione di nuovi o più costosi tipi di terapia (medicamenti, tipi di operazioni, tecniche diagnostiche, ecc.);
- 41.1.4 cambiamenti di disposizioni inerenti le prestazioni della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) o dei rispettivi decreti d'esecuzione.
- 41.2 Qualora le condizioni d'assicurazione fossero adattate a causa di un tale motivo, per lo stipulante, risp. l'assicurato e l'assicuratore valgono le nuove condizioni. L'assicuratore comunica l'adattamento allo stipulante per iscritto al più tardi 25 giorni prima dell'entrata in vigore dello stesso. Lo stipulante ha in seguito diritto di disdire l'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso. Se fa uso di questo diritto, l'assicurazione si estingue al termine del periodo d'assicurazione in corso. La disdetta deve arrivare presso l'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno del periodo d'assicurazione in corso. Se lo stipulante non ha inoltrato disdetta, significa che approva l'adattamento dell'assicurazione.

CONCORDIA

Degna di fiducia

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerna
Telefono 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch