

Edizione 2023

Assicurazioni complementari per spese di guarigione

Informazioni per la clientela sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) delle assicurazioni complementari per spese di guarigione

Le seguenti informazioni vi offrono in forma succinta un quadro generale dell'identità dell'assicuratore e del contenuto essenziale del contratto d'assicurazione conformemente all'art. 3 della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). I diritti e i doveri delle parti contraenti risultano dalla proposta d'assicurazione, dalla polizza assicurativa, dalle CGA, dalle Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) nonché dalle leggi applicabili, in particolare dalla LCA.

Chi è l'assicuratore?

L'assicuratore è la CONCORDIA Assicurazioni SA, indicata qui di seguito CONCORDIA, con sede statutaria in Bundesplatz 15, 6002 Lucerna. La CONCORDIA è una società anonima secondo il diritto svizzero.

Quali sono i rischi assicurati e qual è l'estensione 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'estensione della protezione assicurativa risultano dalla proposta d'assicurazione, dalla polizza assicurativa, nonché dalle CGA e CCA. L'elenco delle prestazioni offre una descrizione delle prestazioni dei singoli prodotti assicurativi.

Nelle CCA è specificato di caso in caso se l'assicurazione in oggetto è un'assicurazione contro i danni o di somme.

Non sussiste alcuna copertura assicurativa, tra l'altro, nei seguenti casi:

- trattamenti di malattie e infortuni che presentano un nesso con il consumo di droghe, l'abuso di alcol o di medicinali (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
- trattamenti di malattie e infortuni che presentano un nesso con tentato o compiuto suicidio e tentata o compiuta aut mutilazione (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
- cura di adiposità (sovrappeso, comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
- inseminazione artificiale e trattamenti contro la sterilità (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
- trattamenti cosmetici e riassegnazioni sessuali (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive);
- partecipazioni ai costi (franchigie e aliquote percentuali) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di altre assicurazioni.

I predetti motivi di esclusione sono validi anche se costituiscono solo una concausa della malattia o dell'infortunio. Ulteriori esclusioni sono indicate nelle CGA e nelle CCA.

A quanto ammonta il premio?

L'importo del premio varia in funzione dell'età e del domicilio di diritto civile della persona assicurata, dai rischi assicurati, dalla copertura desiderata e dalla partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale). Tutte le informazioni specifiche su premio e partecipazione ai costi sono indicate nella proposta d'assicurazione o nella polizza assicurativa, nonché nelle CCA. I contratti delle assicurazioni collettive possono prevedere disposizioni diverse.

Quando bisogna pagare il premio?

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

Quali altri obblighi ha la persona assicurata?

- **Obbligo temporaneo di notifica delle condizioni di salute:** se tra la compilazione del questionario sullo stato di salute e la data di conclusione del contratto si verificano dei cambiamenti riguardanti le condizioni di salute, la/il proponente o la persona assicurata ha l'obbligo di darne comunicazione scritta immediata all'assicuratore e di integrare o rettificare il questionario sullo stato di salute. Questo obbligo di notifica decade dopo la conclusione dell'assicurazione.
- **Obbligo di minimizzare il danno:** in caso di malattia o infortunio, la persona assicurata deve provvedere a sottoporsi quanto prima a cure mediche idonee. È inoltre tenuta ad attenersi alle prescrizioni del medico e a evitare tutto ciò che potrebbe contribuire all'aggravamento del suo stato di salute.

- **Obbligo di notifica:** la persona assicurata deve inviare all'assicuratore le fatture e i giustificativi dettagliati delle cure ambulatoriali dopo la conclusione del trattamento, come minimo una volta all'anno. In caso di cure stazionarie deve darne comunicazione immediata, al più tardi nei cinque giorni successivi al ricovero ospedaliero. Per quanto concerne le cure balneari e di convalescenza, la prescrizione medica deve essere presentata prima dell'inizio della cura e deve menzionare lo stabilimento di cura o la stazione termale e la data d'inizio della cura.
- **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, e svincola il personale medico curante (medico ecc.) dal segreto professionale nei confronti della CONCORDIA.

Ulteriori obblighi risultano dalle CGA, dalle CCA, da eventuali Condizioni particolari d'assicurazione nonché dalla LCA.

Quando inizia l'assicurazione?

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

La/Lo stipulante può revocare per iscritto la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dalla data in cui la/lo stipulante ha proposto o accettato il contratto.

Quanto dura il contratto?

Se la polizza o le CCA non menzionano una durata contrattuale, significa che il contratto è concluso a vita. La durata contrattuale minima di un contratto concluso a vita è di un anno, a meno che la proposta d'assicurazione o la polizza non preveda una durata contrattuale minima diversa. 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 tre anni.

Quando termina il contratto?

La/Lo stipulante può disdire il contratto:

- se ha concluso un'assicurazione a vita, dopo la scadenza della durata contrattuale minima, per la fine di ogni anno civile e con un preavviso di tre mesi. Per essere valida, la disdetta deve pervenire alla CONCORDIA almeno un giorno prima dell'inizio del periodo di preavviso;
- se ha concluso un contratto con una durata contrattuale fissa, per la fine della durata del contratto e con un preavviso di tre mesi. Se la durata contrattuale è superiore ai tre anni, può disdirlo già per la fine del terzo anno e in seguito per la fine di ciascun anno successivo, sempre con un preavviso di tre mesi. Per essere valida, la disdetta deve pervenire alla CONCORDIA almeno un giorno prima dell'inizio del periodo di preavviso. Se il contratto non viene disdetto, si rinnova tacitamente di anno in anno;

- dopo ogni evento assicurativo per il quale la CONCORDIA ha erogato prestazioni, entro i 14 giorni successivi alla data in cui ha avuto conoscenza del versamento;
- se la CONCORDIA modifica i premi. In questo caso la disdetta deve pervenire alla CONCORDIA entro l'ultimo giorno dell'anno civile.

La CONCORDIA può disdire il contratto se un fatto rilevante è stato dichiarato inesattamente o taciuto (violazione dell'obbligo di dichiarazione/reticenza). La CONCORDIA non è autorizzata a sciogliere il contratto a causa del verificarsi di un evento assicurato.

La CONCORDIA può recedere dal contratto:

- se la persona assicurata in ritardo con il pagamento del premio è stata diffidata e la CONCORDIA rinuncia a recuperare il premio;
- in caso di frode assicurativa;
- se nel periodo di tempo intercorso tra la compilazione del questionario sullo stato di salute e la conclusione del contratto si sono verificati dei cambiamenti riguardanti le condizioni di salute che la/il proponente o la persona assicurata non ha comunicato alla CONCORDIA immediatamente e per iscritto.

Il contratto si estingue automaticamente se la persona assicurata trasferisce all'estero il proprio domicilio di diritto civile o trasferisce la propria dimora abituale all'estero per più di 12 mesi, contestualmente alla fine del contratto di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA.

Ulteriori possibilità di terminare il contratto risultano dalle CGA, dalle CCA nonché dalla LCA.

Quando si estingue il diritto a prestazioni?

Il diritto a prestazioni (incluse le prestazioni per malattie, infortuni e trattamenti dentari precedenti o in corso nonché in relazione a una gravidanza) si estingue con la fine dell'assicurazione o con l'esclusione della rispettiva copertura assicurativa.

Quali forme di testo sono equiparate alla forma scritta?

In linea di principio, altre forme che consentono una prova per testo sono equiparate alla forma scritta. Le eccezioni a questa regola di fondo sono specificate nelle CGA e nelle CCA.

Di principio sono equiparati alla forma scritta i seguenti testi:

- le comunicazioni che pervengono alla CONCORDIA attraverso il portale clienti;
- i testi che, previa verifica dell'identità delle persone interessate, pervengono alla CONCORDIA per mezzo del formulario elettronico di contatto previsto a tal fine su www.concordia.ch. La CONCORDIA non è tenuta a mettere a disposizione tale formulario di contatto;
- i documenti scansionati in formato PDF e muniti di firma, che pervengono alla CONCORDIA per email all'indirizzo di

posta elettronica info@concordia.ch o all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla polizza;

- le email munite di firma elettronica qualificata che pervengono alla CONCORDIA all'indirizzo di posta elettronica info@concordia.ch o all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla polizza.

A quale scopo vengono trattati i dati presso la CONCORDIA?

– Conclusione ed esecuzione del contratto d'assicurazione (compreso l'allestimento dell'offerta)

I dati sono trattati ai fini dell'allestimento dell'offerta, della conclusione e dell'esecuzione del contratto d'assicurazione, segnatamente nell'ambito delle seguenti attività: trattamento delle richieste, disbrigo delle prestazioni, osservanza di disposizioni legali e normative e di direttive interne, versamento delle provvigioni, gestione dei dati, analisi statistica, verifica delle proposte e underwriting nonché accertamento di un'eventuale violazione dell'obbligo di dichiarazione (LCA), informazioni alla clientela, corrispondenza con la clientela, incassi ed esborsi, consulenza alla clientela, tessera d'assicurazione, verifica dell'obbligo assicurativo, controllo degli sconti, lotta alla frode assicurativa. I dati sono salvati elettronicamente o conservati in forma cartacea.

– Sicurezza

I dati sono trattati ai fini della garanzia della sicurezza delle informazioni, segnatamente nell'ambito delle seguenti attività: sorveglianza e registrazione dei sistemi e delle reti della CONCORDIA, garanzia dell'operatività, gestione dei malfunzionamenti, testing e gestione dei backup.

– Marketing

La CONCORDIA utilizza i dati raccolti per finalità di marketing. In particolare, le persone interessate accettano di ricevere una lettera e di essere contattate telefonicamente da una o un dipendente della CONCORDIA Assicurazioni SA o di una società partner una volta all'anno. Possono essere svolte altre attività di marketing, quali sondaggi sulla soddisfazione e le esigenze della clientela, studi di mercato, offerte di servizi su misura. Le persone interessate possono revocare in qualsiasi momento il consenso accordato. La legittimità del trattamento dei dati effettuato fino alla revoca rimane impregiudicata.

I dati vengono scambiati con terzi?

In circostanze specifiche, la CONCORDIA può raccogliere dati presso terzi (ad esempio ospedali, medici, altri assicuratori, autorità). Si tratta di dati assicurativi (ad esempio cognome, indirizzo, dati di contatto, prodotti assicurativi stipulati) o di dati sulla salute (ad esempio fatture, rapporti medici, conteggi di prestazioni).

La CONCORDIA inoltre, per ottemperare ai propri obblighi legali e contrattuali, può comunicare a terzi i dati in suo possesso. A seconda del caso, le destinatarie e i destinatari dei dati possono essere in particolare le seguenti categorie di terzi: fornitori di servizi che affiancano la CONCORDIA nel quadro degli scopi del trattamento dei dati (ad esempio fornitori di servizi IT, tipografie, centri partner), autorità, altri assicuratori, riassicuratori, perite e periti esterni, entità o persone terze coinvolte in controversie giuridiche o altre società del Gruppo CONCORDIA.

I dati possono essere trasmessi ai centri clientela della CONCORDIA nel Principato del Liechtenstein. Il Consiglio federale ha stabilito che la legislazione del Liechtenstein garantisce un livello di protezione dei dati appropriato ai sensi dell'art. 16 cpv. 2 della legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Chi è titolare del trattamento dei dati?

Titolare del trattamento dei dati è la CONCORDIA Assicurazioni SA, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna. La persona assicurata ha diritto di chiedere alla CONCORDIA le informazioni in merito al trattamento dei propri dati previste dalla legge. La o il responsabile della protezione dei dati in seno alla CONCORDIA è contattabile per posta, per email o telefonicamente: CONCORDIA, Protezione dei dati, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna, info@concordia.ch, +41 41 228 01 11.

Informazioni complete sono contenute nell'informativa riguardante la protezione dei dati, consultabile sul sito www.concordia.ch/protezionedati.

Assicurazioni complementari per spese di guarigione

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

	Art.		
I. Informazioni generali		VII. Limitazioni della copertura assicurativa	
Basi del contratto	1	Esclusioni	32
Assicuratore, persone assicurate	2	Decurtazioni di prestazioni	33
Proposta d'assicurazione	3	Prestazioni di terzi, sussidiarietà	34
		Anticipo di prestazioni, diritto di regresso	35
II. Quadro assicurativo		VIII. Varie	
Oggetto delle assicurazioni	4	Obbligo di pagamento	36
Ammissione alle assicurazioni	5	Accordi sul compenso e tariffe	37
Validità territoriale	6	Luogo di adempimento e foro competente	38
III. Definizioni		Comunicazioni	39
Forma scritta, forme di testo equiparate	7	Accordi speciali	40
Malattia, maternità	8	Compensazione, cessione, costituzione	
Infortunio	9	in pegno e restituzione di prestazioni	41
Fornitori di prestazioni	10	Aggiornamento delle condizioni d'assicurazione	42
Periodo d'assicurazione	11	Garanzia dei diritti acquisiti verso le modifiche	
IV. Inizio e fine delle assicurazioni		a decorrere dal 1° gennaio 2022	43
Inizio della copertura assicurativa	12	Applicazione della legge riveduta sul contratto	
Revoca	13	d'assicurazione in vigore dal 1° gennaio 2022	44
Durata del contratto	14		
Polizza sostitutiva	15	I. Informazioni generali	
Fine delle assicurazioni	16	1 Basi del contratto	
Disdetta	17	1.1 Il contratto poggia sulle seguenti basi:	
Estinzione del diritto a prestazioni	18	1.1.1 le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), le Con-	
Sospensione delle assicurazioni	19	dizioni complementari d'assicurazione (CCA), even-	
V. Premi e partecipazioni ai costi		tuali Condizioni particolari d'assicurazione (CPA), le	
Tariffe dei premi	20	disposizioni della polizza ed eventuali aggiunte;	
Scadenza, pagamento dei premi	21	1.1.2 le dichiarazioni scritte che la/lo stipulante (propo-	
Diffida, ritardo di pagamento	22	nente) e le persone assicurate (le persone da assi-	
Rimborso dei premi	23	curare) formulano nella proposta, nel rapporto della	
Adeguamento delle tariffe dei premi	24	visita medica e in altri documenti scritti.	
Ricollocazione nella griglia dei premi	25	1.2 Eventuali disposizioni divergenti contenute nelle	
Restituzione di partecipazioni ai costi	26	CCA o CPA prevalgono sulle presenti CGA. Per le	
VI. Obblighi e giustificazione del diritto		persone assicurate che hanno concluso una forma	
alle prestazioni		particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure	
Obbligo di cura, obbligo di informazione	27	medico-sanitarie secondo l'art. 62 LAMal (ad esem-	
Obbligo di notifica per cura ambulatoriale	28	pio HMO o modello del medico di famiglia) sono	
Obbligo di notifica per cura stazionaria	29	nello specifico applicabili le CPA corrispondenti.	
Obbligo di notifica per cure balneari e di		1.3 Qualora un caso non sia esplicitamente regolato dai	
convalescenza	30	predetti documenti, fa fede la legge federale sul	
Giustificazione del diritto alle prestazioni	31	contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.	
		2 Assicuratore, persone assicurate	
		2.1 Assicuratore ai sensi delle seguenti disposizioni è la	
		CONCORDIA Assicurazioni SA, con sede a Lucerna,	
		in seguito denominata CONCORDIA.	
		2.2 Sono assicurate le persone indicate sulla polizza.	

3 Proposta d'assicurazione

- 3.1 Per accedere all'assicurazione o modificarla, occorre compilare in tutte le sue parti e in modo veritiero l'apposito formulario di proposta e inviarlo all'assicuratore. La stessa procedura si applica all'eventuale richiesta da parte dell'assicuratore di informazioni aggiuntive. L'ammissione all'assicurazione può essere subordinata all'esito di una visita medica.
- 3.2 Neonate e neonati sono assicurati dal primo giorno di vita, se la proposta d'assicurazione perviene all'assicuratore prima della nascita.
- 3.3 Se al momento di rispondere alle domande la/il proponente o la persona assicurata hanno fornito indicazioni scritte inesatte riguardanti fatti rilevanti o hanno taciuto dei fatti rilevanti che conoscevano o avrebbero dovuto conoscere, in particolare in relazione a malattie o postumi d'infortunio esistenti o precedenti alla data della presentazione della proposta d'assicurazione, l'assicuratore ha il diritto di recedere per iscritto dal contratto entro le quattro settimane successive alla data in cui è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo di dichiarazione. La disdetta acquista efficacia quando perviene alla/allo stipulante.
- 3.4 **Se tra il momento in cui sono state rilasciate le dichiarazioni sulla salute e la data di conclusione del contratto si verificano dei cambiamenti riguardanti le condizioni di salute, la/il proponente o la persona assicurata ha l'obbligo di darne comunicazione scritta immediata all'assicuratore e di integrare o rettificare le proprie dichiarazioni.** In caso di infrazione a questo obbligo di notifica successiva, l'assicuratore ha il diritto di recedere per iscritto dal contratto entro le quattro settimane successive alla data in cui è venuto a conoscenza della violazione di tale obbligo. La disdetta acquista efficacia quando perviene alla/allo stipulante.

II. Quadro assicurativo

4 Oggetto delle assicurazioni

- 4.1 Sono assicurabili le conseguenze economiche di malattia, maternità e infortunio a integrazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo alla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e a integrazione dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). Le prestazioni sono erogate in via sussidiaria alle predette assicurazioni obbligatorie.
- 4.2 I dettagli delle singole assicurazioni sono regolati nelle CCA.

5 Ammissione alle assicurazioni

- 5.1 L'assicuratore ha il diritto di formulare delle riserve per singole malattie e postumi d'infortunio o di rifiutare del tutto l'ammissione.
- 5.2 Bambine e bambini sono ammessi senza riserve se la proposta d'assicurazione è stata inoltrata prima della nascita. Sono fatte salve eventuali disposizioni divergenti delle singole CCA.

6 Validità territoriale

- 6.1 Le assicurazioni sono valide in tutto il mondo.
- 6.2 Le prestazioni all'estero sono erogate solo se contemplato dalle CCA.
- 6.3 Nei casi previsti negli articoli 16.4 e 16.5, che specifichino quando le assicurazioni possono restare in essere all'estero, è preclusa la possibilità di concludere una nuova assicurazione complementare o di passare a una variante assicurativa di livello superiore.

III. Definizioni

7 Forma scritta, forme di testo equiparate

In linea di principio, altre forme che consentono una prova per testo sono equiparate alla forma scritta. L'assicuratore può dettare delle condizioni per rendere le altre forme equiparabili alla forma scritta, pubblicandole sul sito www.concordia.ch e nelle informative alla clientela secondo l'art. 3 LCA. Sono fatte salve le prescrizioni legali imperative e la giurisprudenza. Il ricorso alle altre forme può comportare maggiori rischi in relazione alla protezione dei dati. L'assicuratore non risponde per un comportamento di cui la/lo stipulante è responsabile in prima persona.

8 Malattia, maternità

- 8.1 Si considera malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica riscontrabile dal punto di vista medico e indipendente dalla volontà della persona assicurata. Il danno deve essere tale da richiedere cure mediche e non deve derivare da infortunio o da lesione corporale parificabile ai postumi d'infortunio come definita nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.
- 8.2 Gravidanza e parto sono coperti analogamente a una malattia, se l'assicurazione della madre era già attiva almeno un anno prima del parto.

9 Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario. Sono altresì considerate infortunio le lesioni corporali parificabili a un infortunio secondo la definizione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

10 Fornitori di prestazioni

Per contratto sono considerati fornitori di prestazioni le persone, le strutture e gli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie conformemente all'art. 35 segg. LAMal o a carico dell'assicurazione contro gli infortuni conformemente all'art. 53 LAINF e rispondenti ai requisiti ivi rispettivamente indicati.

11 Periodo d'assicurazione

Il periodo d'assicurazione corrisponde all'anno civile.

IV. Inizio e fine delle assicurazioni

12 Inizio della copertura assicurativa

Le assicurazioni possono essere stipulate a decorrere dal primo giorno di ciascun mese. La copertura assicurativa ha inizio quando l'assicuratore accetta per iscritto la proposta, al più presto alla data richiesta come inizio dell'assicurazione o indicata sulla polizza.

13 Revoca

La/Lo stipulante può revocare per iscritto la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dalla data in cui la/lo stipulante ha proposto o accettato il contratto.

14 Durata del contratto

14.1 Il contratto è concluso per la durata fissa indicata sulla polizza e si rinnova in seguito tacitamente di anno in anno se la/lo stipulante non lo disdice per la fine della sua durata.

14.2 Se la polizza non indica alcuna durata del contratto, le assicurazioni sono concluse per tutta la vita della persona assicurata.

15 Polizza sostitutiva

Se una polizza è sostituita, eventuali prestazioni già percepite e contrattualmente soggette a limitazioni per quanto concerne durata o importo sono dedotte dalle prestazioni future.

16 Fine delle assicurazioni

Le assicurazioni si estinguono:

- 16.1 con il decesso della persona assicurata;
- 16.2 per revoca o disdetta;
- 16.3 in seguito a recesso della/dello stipulante o dell'assicuratore (art. 22.2);
- 16.4 con il trasferimento all'estero del domicilio di diritto civile, contestualmente alla fine del contratto di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA;

16.5 con il trasferimento all'estero della dimora abituale per un periodo superiore ai 12 mesi, contestualmente alla fine del contratto di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA.
Resta salva l'opzione di sospendere le assicurazioni.

17 Disdetta

17.1 La/Lo stipulante può disdire il contratto d'assicurazione nelle seguenti circostanze:

- contratti a durata fissa: per la fine della durata contrattuale dando un preavviso di tre mesi;
- contratti a vita: dopo una durata contrattuale minima di un anno, per la fine di ciascun periodo d'assicurazione dando un preavviso di tre mesi. Alcune assicurazioni possono prevedere nelle CCA o nella polizza una durata contrattuale minima più lunga, in ogni caso mai superiore ai tre anni;
- in caso di modifiche delle tariffe dei premi o delle disposizioni concernenti la partecipazione ai costi (art. 24);
- in caso di adeguamento delle condizioni d'assicurazione (art. 42);
- dopo ogni caso assicurativo per il quale l'assicuratore ha erogato prestazioni, al più tardi 14 giorni dopo aver avuto conoscenza del pagamento;
- in qualsiasi momento in presenza di un motivo grave ai sensi dell'art. 35b LCA.

17.2 La disdetta deve essere formulata per iscritto e deve pervenire all'assicuratore almeno un giorno prima dell'inizio del periodo di preavviso.

17.3 L'assicuratore non può avvalersi né del diritto ordinario di disdetta né del diritto di disdetta in caso di sinistro. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicuratore in caso di violazione dell'obbligo di dichiarazione così come in caso di frode assicurativa tentata o compiuta.

18 Estinzione del diritto a prestazioni

Il diritto a prestazioni (incluse le prestazioni per malattie, infortuni e trattamenti dentari precedenti o in corso) si estingue con la fine dell'assicurazione o con l'esclusione della rispettiva copertura assicurativa. Sono fatti salvi gli obblighi di prestazione periodici conformemente all'art. 35c LCA.

19 Sospensione delle assicurazioni

19.1 A fronte di una riduzione del premio è possibile sospendere le assicurazioni per massimo due anni, in caso di trasferimento di domicilio o soggiorno all'estero e a condizione che la persona assicurata non sia più affiliata all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera.

19.2 La richiesta di sospensione deve essere inoltrata alla CONCORDIA per iscritto prima della partenza, allegando tutti i documenti necessari (ad es. conferma della notifica di partenza del comune svizzero). La sospensione delle assicurazioni non è un diritto.

- 19.3 Per tutto il periodo di sospensione non si ha diritto a prestazioni assicurative. Durante la sospensione non sono possibili passaggi a categorie assicurative superiori.
- 19.4 Se durante il periodo di sospensione si concretizza un rischio (malattia, infortunio o maternità), le sue conseguenze economiche sono in ogni caso escluse dalla copertura, sia durante la sospensione sia in seguito, a sospensione conclusa.
- 19.5 La sospensione cessa se viene a cadere il motivo che l'ha determinata (ad es. rientro dall'estero e ri-affiliazione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera) e in ogni caso dopo due anni. La/Lo stipulante o la persona assicurata ha l'obbligo di contattare la CONCORDIA.

V. Premi e partecipazioni ai costi

20 Tariffe dei premi

- 20.1 I premi sono calcolati sul periodo d'assicurazione (art. 11) e inseriti nelle tariffe dei premi.
- 20.2 Le tariffe dei premi possono contemplare una graduazione degli importi in funzione di età, sesso, professione, occupazione e domicilio di diritto civile della persona assicurata o sede della/dello stipulante. Ogni cambiamento di professione, di occupazione, di domicilio di diritto civile della persona assicurata o di sede della/dello stipulante deve essere immediatamente comunicato per iscritto all'assicuratore. I premi possono essere adeguati a decorrere dalla data del cambiamento.
- 20.3 Le fasce di età di riferimento sono:
- 0-15 anni
 - In seguito intervalli di 5 anni fino a 60 anni
 - 61 anni e oltre, fino all'età limite consentita.
- Il premio aumenta in concomitanza con il passaggio alla fascia di età superiore. Sono fatte salve fasce di età divergenti nelle CCA.

21 Scadenza, pagamento dei premi

- 21.1 Il premio è annuo e va pagato in anticipo il 1° gennaio di ciascun anno. Se l'assicurazione inizia durante l'anno, il premio copre la parte restante dell'anno e va pagato in anticipo alla ricezione della fattura.
- 21.2 È possibile concordare un pagamento a rate dietro corresponsione di un supplemento. Anche le rate devono essere pagate anticipatamente.
- 21.3 Se la/lo stipulante ha concluso più assicurazioni (compresa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), deve utilizzare la stessa modalità di pagamento per tutti i contratti.
- 21.4 Se si è concordata la modalità rateale, il debito è interamente dovuto. Solo il pagamento delle rate è dilazionato nell'anno in corso.

- 21.5 Se la/lo stipulante è in ritardo con il pagamento di una rata, deve immediatamente corrispondere tutte le rate restanti saldando l'intero premio del periodo d'assicurazione.

22 Diffida, ritardo di pagamento

- 22.1 Se il premio non viene pagato entro la data di scadenza, la/lo stipulante riceve un sollecito scritto a pagare l'importo nei 14 giorni successivi alla data di spedizione della lettera, con riferimento alle conseguenze di mora. Se la diffida rimane senza effetto, l'assicuratore è sollevato dall'obbligo di prestazioni a partire dalla data di scadenza del termine di diffida.
- 22.2 Se nei due mesi successivi alla scadenza del termine di diffida conformemente all'art. 22.1 l'assicuratore non rivendica per vie legali il pagamento del premio arretrato, significa che recede dal contratto rinunciando a recuperare il premio.
- 22.3 Se l'assicuratore rivendica per vie legali il premio arretrato o ne accetta il pagamento a posteriori, l'obbligo di prestazioni si riattiva nel momento in cui il premio arretrato, inclusi interessi e spese, è pagato. Per casi assicurativi che si verificano durante il periodo di mora e dopo la scadenza della diffida, l'assicuratore non è tenuto a prestazioni.

23 Rimborso dei premi

- 23.1 Se il contratto è sciolto anticipatamente per motivi legali o contrattuali prima della scadenza del periodo d'assicurazione convenuto, l'assicuratore o rimborsa la parte di premio pagato e non goduto o rinuncia a riscuotere le rate successive.
- 23.2 Questa disposizione non trova applicazione se si verifica un caso assicurativo e la/lo stipulante disdice il contratto prima della conclusione del primo anno assicurativo.

24 Adeguamento delle tariffe dei premi

In caso di modifiche delle tariffe dei premi o delle disposizioni concernenti la partecipazione ai costi, l'assicuratore può adattare l'assicurazione a decorrere dal primo giorno del periodo d'assicurazione successivo. A tal fine è tenuto a comunicare alla/allo stipulante le nuove condizioni contrattuali per iscritto almeno 25 giorni prima della loro entrata in vigore. La/Lo stipulante ha quindi 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 alla scadenza del periodo d'assicurazione in corso. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno del periodo d'assicurazione in corso. Se la/lo stipulante non disdice il contratto, la modifica dell'assicurazione è ritenuta accettata.

25 Ricollocazione nella griglia dei premi

- 25.1 Se un cambiamento di età, professione, occupazione, domicilio di diritto civile della persona assicurata o sede della/dello stipulante determina una sua ricollocazione all'interno della griglia dei premi, l'assicuratore può applicare l'adeguamento del premio dalla data in cui si è verificato il cambiamento.
- 25.2 I predetti cambiamenti non rientrano tra i motivi di disdetta indicati all'art. 24. Fanno eccezione le modifiche di premi dovute al cambiamento di età.

26 Restituzione di partecipazioni ai costi

- 26.1 Se l'assicuratore salda le fatture direttamente ai fornitori di prestazioni, la/lo stipulante ha l'obbligo di restituirgli nei trenta giorni successivi alla data di emissione della fattura le franchigie e aliquote concordate.
- 26.2 Se la/lo stipulante non adempie agli obblighi di pagamento, vale per analogia l'art. 22.

VI. Obblighi e giustificazione del diritto alle prestazioni

27 Obbligo di cura, obbligo di informazione

- 27.1 Se è probabile che una malattia o un infortunio determineranno il godimento di prestazioni, è necessario ricorrere il più presto possibile a cure mediche adeguate. La persona assicurata è obbligata ad attenersi alle prescrizioni del medico o di altri fornitori di prestazioni.
- 27.2 L'assicuratore ha diritto di chiedere ai fornitori di prestazioni documenti e informazioni supplementari, in particolare certificati medici. La/Lo stipulante o la persona assicurata deve inoltre fornire informazioni complete e veritiere su tutto ciò che riguarda il caso di sinistro nonché precedenti malattie e infortuni e svincola i fornitori di prestazioni che prestano o hanno prestato in passato cure dall'obbligo del segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.
- 27.3 La persona assicurata è tenuta, su richiesta, a farsi visitare da un medico incaricato dall'assicuratore.

28 Obbligo di notifica per cura ambulatoriale

Le fatture e i giustificativi dettagliati delle cure ambulatoriali devono essere inviati all'assicuratore dopo la conclusione del trattamento, come minimo una volta all'anno. L'assicuratore può richiedere l'originale.

29 Obbligo di notifica per cura stazionaria

- 29.1 Un ricovero ospedaliero deve essere comunicato immediatamente, al più tardi entro i cinque giorni successivi.
- 29.2 La garanzia di assunzione dei costi è rilasciata dall'assicuratore, su richiesta del fornitore di prestazioni o della persona assicurata, al momento del ricovero ospedaliero.

30 Obbligo di notifica per cure balneari e di convalescenza

La prescrizione medica della cura deve essere presentata all'assicuratore prima dell'inizio della cura e deve menzionare lo stabilimento di cura o la stazione termale nonché la data d'inizio della cura.

31 Giustificazione del diritto alle prestazioni

- 31.1 Per far valere il suo diritto a prestazioni, la persona assicurata deve inoltrare all'assicuratore tutti i certificati medici, rapporti, giustificativi e fatture dei fornitori di prestazioni. L'assicuratore può richiedere gli originali.
- 31.2 Se anche altri assicuratori sociali o privati (ad es. assicurazione invalidità, assicurazione militare, altri assicuratori malattie o infortuni) sono tenuti al pagamento in relazione a una malattia o a postumi d'infortunio, oltre alla documentazione di cui sopra è necessario inviare anche tutti i conteggi degli assicuratori terzi coinvolti.
- 31.3 La/Lo stipulante o la persona assicurata deve orientare l'assicuratore sul tipo e sulla consistenza delle prestazioni che può richiedere o che percepisce in caso di malattia o infortunio da parte di terzi tenuti al pagamento a titolo di atto illecito, obbligo contrattuale o legale.
- 31.4 Le prestazioni dell'assicuratore derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in cinque anni dal fatto su cui è fondato l'obbligo alle prestazioni.

VII. Limitazioni della copertura assicurativa

32 Esclusioni

- 32.1 Non è corrisposta alcuna prestazione per malattie e infortuni, complicanze e conseguenze tardive comprese, che presentano un nesso con gli eventi seguenti:
- conseguenze di avvenimenti bellici in Svizzera o all'estero. Se tuttavia la persona assicurata è sorpresa dallo scoppio di eventi bellici nel Paese in cui sta già soggiornando, la copertura assicurativa è accordata per 14 giorni a partire dall'inizio delle ostilità;
 - servizio militare all'estero;
 - partecipazione a operazioni belliche o ad atti di terrorismo;
 - partecipazione a sommosse, dimostrazioni o avvenimenti simili;
 - crimini e delitti commessi intenzionalmente o per negligenza grave;
 - partecipazione a risse, salvo che la persona assicurata non sia rimasta infortunata dalle o dai contendenti pur senza averne preso parte o portando soccorso a persone indifese;
 - pericoli ai quali la persona assicurata si espone provocando pesantemente terzi;

- esposizione a radiazioni ionizzanti e danni derivanti dall'energia atomica;
- consumo di droghe, stupefacenti e altre sostanze che generano dipendenza, come pure abuso di alcool e medicinali;
- tentato o compiuto suicidio e tentata o compiuta automutilazione.

I predetti motivi di esclusione sono validi anche se costituiscono solo una concausa della malattia o dell'infortunio.

32.2 Inoltre non è corrisposta alcuna prestazione per:

- cura di adiposità (sovrappeso, comprese le complicazioni e le conseguenze tardive),
- trattamenti la cui efficacia, idoneità ed economicità non sono comprovate sotto il profilo scientifico (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive),
- inseminazione artificiale e trattamenti contro la sterilità (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive),
- trattamenti cosmetici (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive),
- riassegnazione sessuale (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive),
- partecipazioni ai costi (franchigie e aliquote percentuali) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di altre assicurazioni.

33 Decurtazione di prestazioni

Le prestazioni assicurate sono decurtate e, in casi particolarmente gravi, rifiutate:

- se la/lo stipulante o la persona assicurata non adempie i propri obblighi e doveri, salvo che non possa dimostrare che la violazione non è imputabile a colpa o che la violazione non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi dell'evento assicurato e sull'entità delle prestazioni assicurative;
- se l'evento assicurato è stato provocato da una negligenza grave della/dello stipulante o della persona assicurata;
- in caso di infortuni conseguenti ad atti temerari. Per atti temerari si intendono azioni con le quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grave senza adottare o poter adottare le misure necessarie per contenere il rischio entro limiti ragionevoli. Le azioni di salvataggio a favore di terzi sono invece assicurate anche se di per sé qualificabili come atti temerari.

34 Prestazioni di terzi, sussidiarietà

34.1 Le prestazioni delle assicurazioni complementari per spese di guarigione sono corrisposte in via sussidiaria a prestazioni accordate in virtù della legislazione federale sull'assicurazione malattie, infortuni, militare e invalidità nonché a prestazioni erogate dai corrispondenti assicuratori esteri. Se la persona assicurata ha

diritto a prestazioni a carico delle assicurazioni sociali menzionate, le prestazioni delle assicurazioni complementari sono corrisposte solo se il caso è stato notificato agli assicuratori sociali nei termini stabiliti.

34.2 Se esistono contratti d'assicurazione di diritto privato presso più assicuratori tenuti al pagamento, le prestazioni sono versate complessivamente una sola volta. Per calcolare in che misura ciascun assicuratore è tenuto a contribuire, si sommano gli importi che sarebbero di competenza di ciascun assicuratore se non fossero implicati altri assicuratori e su questa base si calcola la percentuale di spettanza dei singoli assicuratori sul totale effettivo da corrispondere. Ogni assicuratore si fa carico unicamente dell'importo che corrisponde alla sua quota.

34.3 Se una persona terza o il suo assicuratore deve risarcire ai sensi della responsabilità civile le conseguenze di malattia o infortunio, le prestazioni sono accordate in via sussidiaria, ovvero solo per coprire l'eventuale importo residuo e in ogni caso solo nei limiti in cui la persona assicurata non realizzi un guadagno. Sono fatti salvi gli anticipi di prestazioni conformemente all'art. 35.

34.4 Se un altro assicuratore decurta o rifiuta l'erogazione di prestazioni per gli stessi motivi indicati all'art. 33, la perdita dovuta a questa decurtazione non viene compensata.

35 Anticipo di prestazioni, diritto di regresso

35.1 L'assicuratore può erogare prestazioni anticipatamente a condizione che la persona assicurata ceda i propri diritti vantati nei confronti dei terzi fino a concorrenza dell'importo percepito a titolo di anticipo e s'impegni a non intraprendere nulla che possa ostacolare l'esercizio di un eventuale diritto di regresso nei confronti di terzi.

35.2 L'assicuratore non ha alcun obbligo di prestazione se, senza il suo consenso, la persona assicurata solleva in parte o completamente un terzo dal suo obbligo di versare prestazioni o di risarcire danni oppure se si accorda su una liquidazione in capitale.

VIII. Varie

36 Obbligo di pagamento

Di regola, la persona assicurata è debitrice dei compensi dovuti ai fornitori di prestazioni. La/Lo stipulante o la persona assicurata accetta tuttavia contratti tra assicuratori e fornitori di prestazioni che prevedono il pagamento diretto al fornitore di prestazioni.

37 Accordi sul compenso e tariffe

Eventuali accordi presi tra la persona assicurata e il fornitore di prestazioni circa il suo compenso non sono vincolanti per l'assicuratore. Il diritto a prestazioni esiste solo nel quadro delle tariffe riconosciute dall'assicuratore.

38 Luogo di adempimento e foro competente

38.1 Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti in Svizzera e in moneta svizzera.

38.2 In caso di controversie giuridiche derivanti dal contratto, la/lo stipulante o la persona assicurata può scegliere tra il foro giuridico di Lucerna e il foro giuridico del suo luogo di domicilio svizzero.

39 Comunicazioni

39.1 Per avere validità giuridica le comunicazioni devono essere inviate alla Sede principale della CONCORDIA o alla sua rappresentanza indicata sulla polizza.

39.2 Se un altro assicuratore funge da intermediario con le assicurazioni complementari della CONCORDIA, la corrispondenza recapitata al suo indirizzo produce gli stessi effetti giuridici ovvero è giuridicamente valida.

39.3 Le comunicazioni che l'assicuratore invia all'ultimo indirizzo in Svizzera comunicato dalla/dallo stipulante hanno validità giuridica.

39.4 Le comunicazioni possono essere inviate anche per via elettronica. L'assicuratore può dettare delle condizioni per rendere le altre forme equiparabili alla forma scritta, pubblicandole sul sito www.concordia.ch e nelle informative alla clientela secondo l'art. 3 LCA. Sono fatte salve le prescrizioni legali imperative e la giurisprudenza.

40 Accordi speciali

Accordi che esulano dalle presenti disposizioni sono vincolanti solo se confermati per iscritto dalla Sede principale dell'assicuratore.

41 Compensazione, cessione, costituzione in pegno e restituzione di prestazioni

41.1 Alla/Allo stipulante o alla persona assicurata non è consentito dedurre dai premi dovuti all'assicuratore le prestazioni su cui vanta diritti.

41.2 Il diritto alle prestazioni assicurate può essere ceduto o costituito in pegno solo con l'esplicito consenso dell'assicuratore.

41.3 Le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite all'assicuratore.

42 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

42.1 L'assicuratore può modificare le condizioni d'assicurazione, in particolare nei seguenti casi:

42.1.1 crescita del numero di fornitori di prestazioni o sviluppo di nuove tipologie di fornitori di prestazioni,

42.1.2 evoluzioni della medicina moderna;

42.1.3 sviluppo di nuove terapie o di varianti terapeutiche più care (ad es. medicinali, modalità di interventi chirurgici, tecniche diagnostiche);

42.1.4 cambiamenti delle disposizioni concernenti le prestazioni nella LAMal o nei correlati decreti d'esecuzione.

42.2 Se l'adeguamento delle condizioni d'assicurazione è riconducibile ai predetti motivi, la/lo stipulante, la persona assicurata e l'assicuratore sono vincolati alle nuove condizioni. L'assicuratore comunica per iscritto alla/allo stipulante le modifiche al più tardi 25 giorni prima della loro entrata in vigore. La/Lo stipulante ha quindi 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 alla scadenza del periodo d'assicurazione in corso. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno del periodo d'assicurazione in corso. Se la/lo stipulante non disdice il contratto, la modifica dell'assicurazione è ritenuta accettata.

43 Garanzia dei diritti acquisiti verso le modifiche a decorrere dal 1° gennaio 2022

43.1 Se le modifiche alle presenti CGA o alle CCA a decorrere dal 1° gennaio 2022 risultassero a sfavore della persona assicurata, ai contratti assicurativi conclusi prima del 2022 restano applicabili le disposizioni delle CGA o delle CCA valide fino al 31 dicembre 2021. In tutti gli altri casi valgono le nuove CGA o CCA.

43.2 La garanzia dei diritti acquisiti si applica in particolare alle prestazioni dei seguenti ambiti:

– frontaliere/i (art. 6.3 CGA, edizione 2007; art. 25 cpv. 2 CCA DIVERSA, edizione 2017),

– tariffe private (art. 36.2 CGA, edizione 2017),

– mezzi ausiliari (art. 16 CCA DIVERSA, edizione 2017),

– cure balneari (art. 5 CCA DIVERSA, edizione 2017; art. 10 CCA Assicurazione ospedaliera, edizione 2010; art. 13 Assicurazione ospedaliera LIBERO, edizione 2007),

– diritto di scelta durante il ricovero ospedaliero (art. 7.2 CCA Assicurazione ospedaliera LIBERO, edizione 2007),

– trattamenti a cura di parenti o persone che vivono nella medesima economia domestica (la terza frase dell'art. 6 CCA NATURA aggiunta nell'edizione 2022 non è applicabile).

44 Applicazione della legge riveduta sul contratto d'assicurazione in vigore dal 1° gennaio 2022

In riferimento alle assicurazioni complementari per spese di guarigione concluse prima del 2022, la revisione della legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA) che entra in vigore il 1° gennaio 2022 si applica unicamente nel quadro della disposizione transitoria di cui all'art. 103a LCA.



Bundesplatz 15
6002 Lucerna
Telefono +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch