


ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA).

Edizione 2024, valida dal 01.01.2024

INFORMAZIONE AI CLIENTI

Per una migliore comprensione si mettono in rilievo alcune basi contrattuali che rivestono per SWICA una particolare importanza.

Le basi del contratto di assicurazione sono costituite dalla polizza d'assicurazione, dalle Condizioni generali d'assicurazione, dalle relative Condizioni complementari e dagli eventuali altri atti contrattuali indicati nella polizza (ognuno in un documento a sé stante). Nelle seguenti Condizioni complementari prestate attenzione a questo simbolo: 

Prima della stipulazione di un contratto, fatevi spiegare i passaggi espressamente segnalati. Con questo simbolo si evidenziano segnatamente i seguenti argomenti:

- › Chi è l'assicuratore?
- › Chi può stipulare un'assicurazione?
- › Cosa è assicurato, cosa non lo è?
- › Quali sono gli obblighi dello stipulante?
- › Quando sussiste un diritto a prestazioni?
- › Qual è la durata del contratto?
- › Quali dati sono elaborati, da chi e a quale scopo?

SOMMARIO.

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)	4
I. In generale.....	4
II. Estensione dell'assicurazione e relative definizioni ...	4
III. Durata del contratto e disdetta	6
IV. Pagamento dei premi	7
V. Modifica dei premi e adeguamento del contratto ...	7
VI. Obblighi e giustificazioni incombenti all'avente diritto	8
VII. Disposizioni varie	9
VIII. Trattamento dei dati	11
IX. Disposizioni finali	12
Glossario	13

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA).

I. IN GENERALE

1. Le presenti Condizioni generali d'assicurazione costituiscono la base per tutte le assicurazioni complementari, il cui contenuto è disciplinato nelle Condizioni complementari.
2. **!** Assicuratore nelle assicurazioni complementari è, se non indicato diversamente nelle Condizioni complementari, SWICA Assicurazioni SA, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur (qui di seguito denominata «SWICA»).

ART. 1 CHI PUÒ FARSÌ ASSICURARE E CHI È COMPETENTE PER L'ASSISTENZA AGLI STIPULANTI*?

! Un'assicurazione complementare con SWICA può essere stipulata esclusivamente da una persona avente domicilio legale in Svizzera¹. Se necessitate di una consulenza assicurativa oppure di prestazioni da una delle vostre assicurazioni, rivolgetevi a SWICA. L'indirizzo del servizio clienti competente si trova sulla vostra polizza d'assicurazione.

ART. 2 DI COSA SI COMPONE IL CONTRATTO?

1. Il contratto d'assicurazione – per le persone assicurate a titolo sia individuale che collettivo – si compone dei seguenti documenti:
 - a) la vostra proposta d'assicurazione,
 - b) la polizza d'assicurazione,
 - c) le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA),
 - d) le Condizioni complementari (CC),
 - e) eventuali altri atti contrattuali indicati nella polizza (come, ad esempio, condizioni particolari del contratto oppure accordi particolari),
 - f) eventuali appendici.

2. Per le assicurazioni complementari è applicabile la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1). In caso di contraddizione tra le CGA risp. CC e disposizioni imperative della LCA, prevalgono queste ultime. Le disposizioni non vincolanti della LCA si applicano solo nella misura in cui le presenti CGA risp. CC non contengano disposizioni divergenti.
3. Queste CGA risp. CC sono state oggetto di revisione parziale con effetto dal 1° gennaio 2024. Valgono per tutti gli stipulanti (anche in caso di stipulazione del contratto antecedente al 1° gennaio 2024), a condizione che in queste CGA risp. CC non siano stabilite regolamentazioni divergenti.

II. ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE E RELATIVE DEFINIZIONI

ART. 3 CHE COS'È ASSICURATO?

1. Sono assicurabili le conseguenze finanziarie di malattia, infortunio e/o maternità nonché i costi di misure di promozione della salute e prevenzione, in conformità alle rispettive Condizioni complementari per le assicurazioni complementari secondo la LCA.
2. Nel caso di autoterapie e trattamenti forniti da familiari, l'obbligo di prestazione sussiste solo se SWICA ha preliminarmente rilasciato una garanzia di assunzione dei costi (per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo).
3. Per quanto riguarda le liste e gli elenchi di ulteriori prestazioni e fornitori di prestazioni, pubblicati da SWICA, si rimanda al successivo art. 7.

*Per una migliore leggibilità, in questo documento viene utilizzata solo la forma maschile.

Questo vale per tutti i termini specifici di genere nel documento.

¹ Le assicurazioni complementari che vengono offerte nel Principato del Liechtenstein sulla base dell'«Accordo tra la Confederazione Svizzera e il Principato del Liechtenstein concernente l'assicurazione diretta e l'intermediazione assicurativa» (RS 0.961.514) possono essere stipulate anche da persone con domicilio legale nel Principato del Liechtenstein.

ART. 4 QUALI PRESTAZIONI SONO ASSICURABILI?

- a) I costi di trattamenti terapeutici per malattia, infortunio e maternità,
- b) i costi di misure di promozione della salute e prevenzione,
- c) indennità giornaliera o
- d) prestazioni in capitale in caso d'invalidità e di decesso in conformità alle rispettive Condizioni d'assicurazione.

ART. 5 DEFINIZIONI E APPLICAZIONE DELLE CGA

L'assicurazione di base è l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e contro gli infortuni che, in conformità alla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10), deve essere stipulata obbligatoriamente quale copertura minima. Le assicurazioni complementari costituiscono delle integrazioni individuali che potete stipulare in aggiunta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF, RS 832.20).

Tutte le disposizioni delle presenti CGA sono valide per le assicurazioni complementari, salvo esplicite disposizioni divergenti. Tutte le definizioni stabilite nella LAMal sono vincolanti anche per le assicurazioni complementari nel senso del presente contratto, salvo esplicite disposizioni divergenti.

Le assicurazioni complementari sono in generale assicurazioni contro i danni, salvo diversa indicazione nelle rispettive Condizioni complementari.

In generale, sulla base delle assicurazioni complementari di SWICA vengono corrisposte solo prestazioni aggiuntive e supplementari a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, e non coperte da queste. I dettagli delle prestazioni si possono trovare nelle Condizioni complementari del corrispondente prodotto d'assicurazione.

ART. 6 ! QUALI TRATTAMENTI SONO PAGATI?

SWICA assume i costi di trattamenti terapeutici o di misure di promozione della salute e prevenzione, a condizione che essi siano efficaci, appropriati ed economici. Ulteriori disposizioni sono definite nelle Condizioni complementari delle assicurazioni complementari stipulate.

ART. 7 ! LISTE ED ELENCHI, E LORO VALIDITÀ

Le liste e gli elenchi di prestazioni e fornitori di prestazioni menzionati nelle varie Condizioni complementari sono messi a disposizione in forma digitale, vengono aggiornati costantemente e sono consultabili in qualsiasi momento. Gli stipulanti possono ricevere in qualsiasi momento degli estratti dal servizio clienti SWICA.

Per la determinazione del diritto a prestazioni si fa riferimento alle liste e agli elenchi validi al momento in cui si è ottenuta una prestazione di servizio o in natura da SWICA.

ART. 8 ! IN QUALI CASI SWICA NON ACCORDA I PAGAMENTI O RIDUCE LE PROPRIE PRESTAZIONI?

Nei seguenti casi SWICA non accorda prestazioni assicurative dalle assicurazioni complementari:

1. conseguenze di eventi bellici
 - a) in Svizzera,
 - b) all'estero; se tuttavia lo stipulante viene sorpreso dallo scoppio di eventi bellici nel Paese in cui soggiorna, la copertura assicurativa resta ancora in vigore per 14 giorni a decorrere dall'inizio delle ostilità;
2. conseguenze di disordini di ogni genere e dei provvedimenti intrapresi contro quest'ultimi, a meno che lo stipulante possa provare di non aver preso parte attiva ad essi o per istigazione dei simpatizzanti;
3. servizio militare in un esercito straniero;
4. terremoti o cadute di meteoriti;
5. in occasione o quale conseguenza di un crimine o delitto (ad es. guida di un veicolo a motore in condizioni di inidoneità alla guida) compiuto dallo stipulante o nel tentativo di compierlo;
6. conseguenze della partecipazione a risse o tumulti, a meno che lo stipulante sia stato ferito dai ribelli pur non avendo preso parte attiva nell'accaduto, oppure nel tentativo di soccorrere una persona indifesa;
7. conseguenze di pericoli cui lo stipulante si espone provocando terze persone;
8. danni alla salute riconducibili a pericoli straordinari (art. 49 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni, RS 832.202) e atti temerari (art. 50 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni) sostenuti dallo stipulante; la valutazione dei pericoli straordinari e degli atti temerari avviene sulla base delle disposizioni legali e della giurisprudenza in materia di assicurazione sociale contro gli infortuni;

9. danni alla salute derivanti dalla partecipazione a corse con mezzi a motore di ogni genere, come pure agli allenamenti per tali corse;
10. malattie o infortuni risultanti da radiazioni ionizzanti o danni da radiazioni nucleari;
11. provocazione intenzionale di un evento assicurato da parte della persona assicurata o di altra persona avente diritto;
12. trattamenti terapeutici conseguenti all'abuso di medicinali, droghe, alcool; l'abuso di queste sostanze che creano dipendenza non è considerato espressamente quale malattia, e di conseguenza non implica alcun obbligo di prestazioni da parte di SWICA;
13. trattamenti puramente estetici, cosmetici, di chirurgia estetica o simili, e conseguenze di tali trattamenti.

ART. 9 NEGLIGENZA GRAVE

SWICA riduce le prestazioni se l'evento assicurato è stato causato da negligenza grave. Restano riservate le Condizioni complementari.

III. DURATA DEL CONTRATTO E DISDETTA

ART. 10 A PARTIRE DA QUANDO VALE L'ASSICURAZIONE?

1. Il contratto è valido non appena SWICA rilascia la polizza d'assicurazione, oppure conferma l'accettazione della proposta per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, ma non prima della data concordata.
2. Con riserva di disposizione contrattuale divergente, sono coperti solo i costi per malattia, maternità e misure preventive e di promozione della salute che sopravvengono dopo l'inizio del contratto.
3. Con riserva di disposizione contrattuale divergente, i costi degli infortuni e delle loro conseguenze sono coperti solo se gli infortuni si verificano dopo l'inizio del contratto.

ART. 11 ! QUAL È LA DURATA DELL'ASSICURAZIONE?

Avete diritto a prestazioni da parte di SWICA fintanto che il contratto non risulta disdetto (fatti salvi gli obblighi di prestazione periodici allo scioglimento del contratto di cui all'art. 35c LCA).

ART. 12 QUANDO PUÒ ESSERE SCIOLTA L'ASSICURAZIONE?

1. ! Salvo patto contrario, fa stato una durata contrattuale minima di un anno, tenuto conto che l'anno d'assicurazione termina sempre il 31.12. Alla scadenza della durata pattuita, il contratto si rinnova tacitamente di un anno, a meno che esso sia stato disdetto dallo stipulante rispettando i termini previsti.
2. Lo stipulante può disdire il contratto con un preavviso di tre mesi. La disdetta è considerata valida se pervenuta entro l'ultimo giorno lavorativo prima dell'inizio del termine di preavviso di tre mesi entro le ore 17 alla ricezione di SWICA (la data sul timbro postale non fa fede). I premi sono dovuti fino al successivo termine ordinario di disdetta. SWICA non dispone di questo diritto di disdetta ordinario previsto dalla LCA.
3. Dopo ogni caso di malattia o infortunio per il quale viene chiesto un risarcimento. Al più tardi 14 giorni dopo il ricevimento della prestazione lo stipulante può disdire la relativa parte del contratto (per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo). La copertura si estingue 14 giorni dopo il ricevimento della comunicazione da parte di SWICA.
4. Un'assicurazione complementare si estingue – anche senza disdetta – se lo stipulante trasferisce il suo domicilio abituale all'estero per più di tre mesi. Restano riservati eventuali Condizioni complementari o patti speciali con SWICA.
5. Il contratto può essere disdetto in qualsiasi momento per gravi motivi (p. es. ogni circostanza che non consenta, per ragioni di buona fede, di esigere la continuazione del contratto da parte del recedente).
6. In caso contrario l'assicurazione cessa per decesso dello stipulante o rescissione del contratto.
7. La disdetta deve avvenire per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.

ART. 13 CHE COSA SUCCEDDE DOPO LO SCIOGLIMENTO DELL'ASSICURAZIONE?


- a) Le conseguenze di malattie e infortuni, come pure i postumi tardivi o le ricadute che dovessero manifestarsi dopo l'estinzione dell'assicurazione, non sono assicurati.
- b) ! Come regola generale, il diritto a prestazioni termina con lo scioglimento del contratto (fatti salvi gli obblighi di prestazione periodici di cui all'art. 35c LCA).

IV. PAGAMENTO DEI PREMI

ART. 14 QUANDO DEVONO ESSERE PAGATI I PREMI?

1. Di norma, i premi devono essere versati mensilmente in anticipo; tuttavia, a seguito di patti speciali, i pagamenti possono avvenire anche a cadenza bimestrale, trimestrale, semestrale o annuale.
2. I premi sono dovuti il primo giorno del mese del relativo periodo.
3. I premi devono essere corrisposti a SWICA entro un mese dal giorno della scadenza concordato, in franchi svizzeri.

ART. 15 RITARDO NEI PAGAMENTI

1.  Se il premio non perviene a SWICA entro un mese dalla data di scadenza, SWICA sollecita il pagamento tramite diffida, concedendo un ulteriore termine di pagamento di 14 giorni a decorrere dalla data dell'invio del sollecito. Se a una diffida non viene dato alcun riscontro, il diritto alle prestazioni nelle assicurazioni complementari viene sospeso dal momento in cui decorreva il termine della diffida.
2. Le assicurazioni complementari sospese possono essere ripristinate allo stato originario contro pagamento dei premi scoperti e dei costi (interessi di mora, spese di sollecito, spese d'esecuzione), indipendentemente dallo stato di salute dello stipulante entro tre mesi dall'inizio della sospensione, oppure al superamento di un ulteriore esame dello stato di salute anche dopo tale termine. La copertura risulta riattivata al momento dell'avvenuto pagamento.
3. SWICA è autorizzata a esigere dagli stipulanti ritardatari la rifusione delle spese causate (costi dei richiami, spese d'esecuzione, interessi di mora ecc.) o a computarle sulle prestazioni a cui essi hanno diritto.

V. MODIFICA DEI PREMI E ADEGUAMENTO DEL CONTRATTO

ART. 16 POSSONO SUBENTRARE MODIFICHE NEL RAPPORTO CONTRATTUALE?

Se successivamente alla stipulazione del contratto d'assicurazione subentrano dei cambiamenti nella legislazione dell'assicurazione LAMal o nell'offerta di prestazioni (p. es. se si affermano nuovi sviluppi nel campo della medicina o nuove terapie con un impatto significativo sul rapporto assicurativo, si amplia il numero di fornitori di prestazioni o si affermano nuovi tipi di fornitori di prestazioni), SWICA può adeguare le Condizioni complementari nell'ambito delle assicurazioni complementari.

Ciò vale anche in caso di importanti nuove scoperte nel campo della scienza e della ricerca. SWICA può inoltre aumentare o ridurre i premi in conformità all'evoluzione dei costi. A questo fine, SWICA deve rendere note le nuove condizioni contrattuali al più tardi 30 giorni prima della fine dell'anno civile. In tal caso, lo stipulante ha il diritto di disdire la parte del contratto interessata dalla modifica per la fine dell'anno civile in corso. Per essere considerata valida, la disdetta deve avvenire per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo e pervenire entro l'ultimo giorno lavorativo dell'anno civile entro le ore 17 alla ricezione di SWICA (la data sul timbro postale non fa fede). Se lo stipulante omette di disdire il contratto, si ritiene che abbia accettato l'adeguamento del contratto.

ART. 17 MODELLI DI TARIFFA DI PREMIO

I premi sono stabiliti annualmente da SWICA in un tariffario. Fa stato la tariffa relativa al prodotto scelto. A seconda del prodotto sono disponibili i modelli di tariffa di premio seguenti:

1. Modello di tariffa di premio: età d'entrata
Per i prodotti con tariffa età d'entrata, ai fini della fissazione del premio fa stato l'età dello stipulante al momento della stipulazione dell'assicurazione. Il gruppo d'età e di conseguenza la classe tariffaria vengono mantenuti per l'intera durata dell'assicurazione.
2. Modello di tariffa di premio: età effettiva
Con la tariffa età effettiva, il premio viene adeguato periodicamente al nuovo gruppo d'età dello stipulante all'inizio di ogni anno civile; ciò comporta in genere un aumento del premio. In questo caso sussiste un diritto di disdetta secondo il precedente art. 16.
3. Per gli stipulanti che sono stati ammessi nell'assicurazione con una tariffa particolare per bambini o per giovani, a partire dall'inizio dell'anno d'assicurazione successivo al compimento dei 18 risp. 25 anni d'età viene calcolata la classe tariffaria immediatamente successiva; ciò comporta in genere un aumento del premio, indipendentemente dal modello di tariffa. In questo caso sussiste un diritto di disdetta secondo il precedente art. 16.

I gruppi d'età utilizzati per la tariffa età d'entrata e la tariffa età effettiva sono di norma i seguenti: 0–18, 19–25, 26–30 e successivamente fasce di cinque anni fino al gruppo 61+.

ART. 18 ⓘ CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE, D'ATTIVITÀ O DI DOMICILIO DELLO STIPULANTE

Nell'ambito delle assicurazioni complementari i premi per determinate categorie di prestazioni sono determinati in funzione di classi di rischio o del luogo di domicilio. Se lo stipulante cambia professione, attività o domicilio, e se ciò comporta una modifica del rischio, SWICA può adeguare il premio. Il cambiamento di regione di premio a seguito di trasloco non comporta il diritto di disdetta.

Il cambiamento di professione, attività o domicilio a seguito di trasloco deve essere comunicato, entro 30 giorni, al servizio clienti competente (i dettagli sono indicati nella polizza d'assicurazione). Se il termine non viene rispettato, SWICA, dopo essere venuta a conoscenza dei cambiamenti, può richiedere retroattivamente le eventuali perdite di premi.

VI. OBBLIGHI E GIUSTIFICAZIONI INCOMBENTI ALL'AVENTE DIRITTO

ART. 19 COME POTETE OTTENERE I VOSTRI RIMBORSI?

1. Costi di trattamenti terapeutici

SWICA versa quanto vi spetta, entro 30 giorni dal ricevimento di tutte le informazioni necessarie e rilevanti, sul vostro conto bancario o postale, se procedete come segue:

a) Costi per trattamenti ambulatoriali

Le fatture e i giustificativi devono essere trasmessi a SWICA in via continuativa.

b) Costi per trattamenti ospedalieri

Se dovete essere ricoverati in ospedale, in una clinica specialistica o se dovete sottoporvi a una cura, siete tenuti a presentare a SWICA – entro i 14 giorni precedenti la data di ricovero prevista, e nei casi d'urgenza entro i 14 giorni successivi la data del ricovero – una richiesta di garanzia di assunzione dei costi. Entro un termine di 10 giorni dalla ricezione della richiesta completa, SWICA rilascia una decisione in merito all'obbligo di prestazione. L'obbligo di prestazione sussiste se SWICA ha rilasciato una garanzia di assunzione dei costi per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo. Le fatture devono essere inoltrate a SWICA entro un anno.

Se disponete di altre assicurazioni che coprono i costi per trattamenti ospedalieri o ambulatoriali (assicurazioni complementari, assicurazione obbligatoria contro gli infortuni o un'altra assicurazione malattie), dovete inoltrare a SWICA, oltre ai documenti succitati, anche i conteggi dei rispettivi assicuratori (p. es. cassa malati, SUVA ecc.).

2. Le prestazioni in capitale devono essere fatte valere in conformità alle Condizioni complementari.
3. I pagamenti di cui ai numeri 1 e 2 sono effettuati in franchi svizzeri su un conto bancario o postale in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.
4. **Diritto d'informazione**
SWICA è autorizzata a richiedere documenti giustificativi e altre informazioni, in particolare di carattere medico. Lo stipulante accorda a SWICA il diritto di richiedere direttamente i relativi atti, documenti e informazioni, come pure la possibilità di ordinare una visita presso un medico o un terapeuta designato da SWICA, allo scopo di accertare il diritto alle prestazioni. Lo stipulante deve inoltre fornire, in modo veritiero, tutte le informazioni inerenti a un caso specifico oppure a malattie e infortuni preesistenti. Lo stipulante esonera da ogni segreto professionale nei confronti di SWICA in particolare tutti i medici/terapisti, gli uffici pubblici, gli assicuratori e gli avvocati che l'hanno curato, assistito o assicurato. Per gli stipulanti minorenni, l'osservanza degli obblighi deve essere garantita dai detentori dell'autorità parentale oppure dagli stipulanti.

ART. 20 CONSEGUENZE IN CASO DI VIOLAZIONE DEGLI OBBLIGHI CONTRATTUALI

In caso di violazione delle Condizioni generali d'assicurazione e delle Condizioni complementari, SWICA è autorizzata a ridurre le prestazioni o a rifiutarle, a meno che venga dimostrato che la violazione non ha esercitato alcun influsso sulle conseguenze della malattia o dell'infortunio e sulla loro valutazione oppure che non era colposa. Il diritto all'assicurazione decade se, dopo richiamo scritto da parte di SWICA, tutti i documenti richiesti non vengono presentati entro un termine di quattro settimane.

VII. DISPOSIZIONI VARIE

ART. 21 LUOGO D'ADEMPIMENTO, DIRITTO APPLICABILE E FORO COMPETENTE

1. Gli obblighi derivanti dal presente contratto devono essere adempiuti in Svizzera e in valuta svizzera.
2. Le assicurazioni secondo queste CGA risp. CC rette dalla LCA sono soggette esclusivamente al diritto materiale svizzero, con esclusione della Convenzione di Vienna sulla vendita internazionale di beni, del diritto privato internazionale e di altre norme di conflitto.
3. In caso di controversie risultanti dalle assicurazioni complementari, la persona avente diritto può adire il foro giuridico svizzero presso la sede principale di SWICA, oppure quello del suo luogo di domicilio svizzero. Se lo stipulante, risp. l'avente diritto, risiede all'estero, il foro giuridico esclusivo è Winterthur.

ART. 22 DIRITTO DI REVOCA

1. Il proponente può revocare la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo mediante comunicazione a SWICA (ai contatti indicati nella polizza d'assicurazione).
2. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dal momento in cui lo stipulante ha proposto o accettato il contratto.
3. Il termine è osservato se lo stipulante comunica la revoca a SWICA, o consegna la dichiarazione di revoca alla posta, entro l'ultimo giorno del termine.
4. La revoca rende inefficace sin dall'inizio la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stipulante. Le prestazioni già ricevute devono essere restituite.
5. Lo stipulante non deve a SWICA nessun'altra indennità. Ove l'equità lo richieda, lo stipulante deve rifondere in tutto o in parte a SWICA le spese per gli accertamenti particolari da questa svolti in buona fede in vista della conclusione del contratto.

ART. 23 ! ESCLUSIONE DALLA COPERTURA/RIFIUTO

Le malattie e le conseguenze d'infortunio esistenti al momento dell'ammissione o preesistenti possono essere escluse dall'assicurazione complementare mediante l'applicazione di un'esclusione dalla copertura. Qualora malattie o infortuni siano stati sottaciuti al momento dell'ammissione, l'esclusione dalla copertura potrà essere applicata con effetto retroattivo. Nell'ambito dell'assicurazione complementare, SWICA può rifiutare una richiesta di stipulazione di un contratto senza fornire alcuna motivazione. Se è in vigore un'esclusione dalla copertura, non sussiste alcun diritto a prestazioni per le malattie o gli infortuni sottoposti alla riserva stessa. Lo stesso vale per le malattie e gli infortuni che erano stati sottaciuti al momento dell'ammissione. Per ogni nuova assicurazione o aumento assicurativo SWICA può richiedere una visita medica. Sottoscrivendo la proposta, il proponente autorizza SWICA a raccogliere le informazioni necessarie presso uffici pubblici, medici e terzi.

Se al momento della conclusione del contratto sono stati comunicati in modo non veritiero, oppure sottaciuti, dei punti importanti di cui chi era tenuto a fare la dichiarazione era o avrebbe dovuto essere a conoscenza, SWICA ha il diritto, entro quattro settimane dal momento in cui viene a conoscenza della reticenza, di disdire il contratto (per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo) come pure di esigere il rimborso di tutte le prestazioni versate dall'inizio del contratto in relazione al caso relativo alla reticenza. Il contratto termina non appena lo stipulante riceve la disdetta.

ART. 24 PASSAGGIO DALL'ASSICURAZIONE COLLETTIVA ALL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE

1. Chi esce da un contratto di assicurazione collettiva di SWICA (includendo in tale concetto il contratto quadro) o non soddisfa più le condizioni per l'applicabilità del contratto di assicurazione collettiva deve comunicarlo a SWICA per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo entro e non oltre 30 giorni. La persona interessata ha comunque il diritto, entro tre mesi, di passare all'assicurazione individuale di SWICA. Il diritto di passaggio all'assicurazione individuale sussiste anche nel caso in cui venga a cessare il contratto d'assicurazione collettiva.
2. Le persone che esercitano il passaggio vengono assicurate nella medesima misura in cui erano precedentemente assicurate nell'assicurazione collettiva. Gli stipulanti vengono informati del diritto di passaggio dallo stipulante del contratto d'assicurazione collettiva al momento dell'uscita da tale contratto. Le prestazioni erogate nell'assicurazione collettiva vengono computate nell'assicurazione individuale.

3. Al momento del passaggio, fa stato il tariffario dei premi vigente nell'assicurazione individuale. Il gruppo d'età di passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale coincide con il gruppo d'età d'entrata nel contratto per i costi di guarigione.

ART. 25 CHE COSA ACCADE SE ESISTE UNA PERSONA CIVILMENTE RESPONSABILE, OPPURE UN TERZO FORNITORE DI PRESTAZIONI?

1. In caso di responsabilità civile di terzi SWICA non accorda alcuna copertura assicurativa. L'obbligo di prestazione da parte di SWICA sussiste solo nella misura in cui la responsabilità civile di un terzo non sia data o lo sia solo parzialmente. In caso di obbligo di prestazione parziale del terzo, SWICA accorda le proprie prestazioni nella misura in cui non ne risulti un sovrindennizzo per lo stipulante.
2. L'indennizzo viene meno nella misura in cui i costi sono a carico dell'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), dell'assicurazione malattie (LAMal), dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI) o dell'assicurazione militare federale (AM). Se per gli stessi costi esistono più assicurazioni secondo la LCA, oppure altri interlocutori che in mancanza dell'assicurazione presso SWICA avrebbero l'obbligo di pagamento delle prestazioni, complessivamente i costi vengono rimborsati solamente una volta. In caso di cumulo di assicurazioni, ogni assicuratore risponde del danno nella proporzione esistente fra la somma da esso assicurata e l'importo totale delle somme assicurate.
3. Se un terzo contesta il proprio obbligo di prestazione, SWICA non è tenuta a corrispondere prestazioni.
4. SWICA anticipa delle prestazioni a titolo facoltativo solamente se lo stipulante cede a SWICA i propri diritti nei confronti di terzi. SWICA può accordare assistenza giuridica allo stipulante per far valere i suoi diritti nei confronti di terzi.
5. Se lo stipulante, senza il consenso preventivo di SWICA, conclude accordi con terzi, l'obbligo di prestazioni da parte di SWICA decade.
6. SWICA non è tenuta a versare prestazioni se lo stipulante non fa valere tempestivamente il suo credito nei confronti di un terzo, oppure se non si preoccupa della relativa riscossione.
7. Lo stipulante è tenuto a informare SWICA in merito al genere e all'entità di tutte le prestazioni di terzi. In caso di omissione, SWICA può ridurre o rifiutare le prestazioni.

ART. 26 COMPENSAZIONE E RIMBORSO

Su richiesta scritta, lo stipulante è tenuto a rimborsare a SWICA le prestazioni versate erroneamente. In questo caso sussiste un diritto di compensazione a favore di SWICA.

ART. 27 DIVIETO DI CESSIONE E DI COSTITUZIONE IN PEGNO

I crediti nei confronti di SWICA non possono essere né ceduti, né costituiti in pegno.

ART. 28 PROPOSTA UNIFICATA (CONFIGURAZIONE FAMILIARE)

1. Se viene inoltrata una proposta d'assicurazione unificata, vale a dire una proposta per più persone che costituiscono una configurazione familiare (p. es. marito e moglie, incl. figli/convivente/nonni e nipoti; le persone di tale configurazione familiare sono elencate nella polizza familiare), il proponente principale (persona che rappresenta la famiglia, che compila la proposta d'assicurazione, compresa la dichiarazione dello stato di salute, per se stessa e per le persone da lei rappresentate [altri proponenti] e tramite la quale si svolge l'intera comunicazione relativa alla proposta d'assicurazione) può rappresentare le altre persone maggiorenni e capaci di discernimento e prendere impegni a loro nome (per i figli minorenni la proposta deve essere inoltrata dal rappresentante legale). La persona autorizzata a rappresentare le altre è responsabile affinché ci sia la debita autorizzazione di queste ultime. Se una persona agisce senza la relativa autorizzazione, SWICA può ritenere responsabile per l'eventuale danno derivante dall'annullamento del contratto d'assicurazione se successivamente l'altra o le altre persone rappresentate non dovessero accettare tale contratto.
2. Una proposta unificata significa inoltre che, nell'ambito del rapporto assicurativo, tutti i documenti (p. es. le decisioni di ammissione, le fatture dei premi e delle partecipazioni ai costi, i conteggi delle prestazioni, le polizze d'assicurazione, le tessere d'assicurazione, gli attestati fiscali, la corrispondenza relativa ai rimborsi delle prestazioni e alle coperture assicurative ecc.) sono gestiti come polizza familiare dal punto di vista amministrativo (incasso di famiglia) e che pervengono alla persona definita nella proposta quale «contatto del contratto» (non deve essere necessariamente il proponente principale) per le funzioni definite nell'autorizzazione (procura).
3. La procura per il contatto del contratto comprende le seguenti funzioni: il contatto del contratto risponde quale debitore del pagamento di tutti i premi della polizza di famiglia (vale a dire che deve provvedere affinché i premi di tutti gli stipulanti della polizza di famiglia vengano pagati complessivamente) e delle partecipazioni ai costi. Inoltre riceve i pagamenti delle prestazioni. In più, come destinatario della corrispondenza, gli vengono inviate o trasmesse da SWICA tutte le comunicazioni nonché le indicazioni

in esse incluse, compresi i dati personali degni di particolare protezione (p. es. dati sulla salute). L'invio ha luogo di norma per tutta la corrispondenza, comprese le decisioni formali, le comunicazioni giuridicamente vincolanti e le decisioni che comportano un termine. SWICA respinge ogni responsabilità per la rivelazione di dati da parte del contatto del contratto, né risponde per le conseguenze che potrebbero derivare dal ritardo nella comunicazione di informazioni da parte del contatto del contratto agli altri stipulanti.

4. La procura rilasciata al contatto del contratto può essere revocata per scritto in qualsiasi momento. Il contatto del contratto è responsabile affinché venga debitamente autorizzato dalle persone rappresentate per svolgere le citate funzioni e compiti.
5. SWICA ritiene che, in caso di proposta unificata, la stessa sia stata inoltrata a conoscenza degli altri proponenti e che le dichiarazioni dello stato di salute siano state compilate a conoscenza di tali persone oppure insieme a loro. Le eventuali dichiarazioni false fatte dal proponente principale possono condurre a un caso di reticenza esattamente come se la proposta fosse stata personalmente compilata dall'altro proponente. Partner contrattuali, compresa la qualità di debitore dei premi e di persona avente diritto del contratto d'assicurazione, compresi tutti i diritti e doveri, restano sempre gli stipulanti stessi.
6. Con l'invio della proposta d'assicurazione i proponenti (proponente principale o altri proponenti) confermano, a prescindere dal fatto che si tratti di una proposta unificata, di aver letto, compreso e accettato le presenti CGA e le Condizioni complementari applicabili, come pure le eventuali Condizioni complementari d'assicurazione o le Disposizioni particolari e la Dichiarazione di protezione dei dati (cfr. art. 29). Con l'invio della proposta d'assicurazione, gli eventuali altri proponenti si dichiarano inoltre d'accordo con la rappresentanza del proponente principale.
7. Le persone rappresentate hanno comunque in qualsiasi momento il diritto di revocare l'autorizzazione a essere rappresentate. Con questo non si annulla tuttavia una eventuale dichiarazione falsa che può comportare la reticenza.
8. Le disposizioni del presente art. 28 si applicano soltanto ai contratti conclusi dopo il 1° gennaio 2022. Per i contratti conclusi prima del 1° gennaio 2022 valgono le norme vigenti.

VIII. TRATTAMENTO DEI DATI

ART. 29 TRATTAMENTO DEI DATI DA PARTE DI SWICA

1. SWICA raccoglie e utilizza i dati personali degli stipulanti nel rispetto della vigente legge sulla protezione dei dati e delle relative disposizioni di applicazione, delle leggi sulle assicurazioni sociali e sulle assicurazioni private e secondo le disposizioni sulla protezione dei dati di SWICA che si possono consultare su [swica.ch/protezione-dei-dati](https://www.swica.ch/protezione-dei-dati). La dichiarazione di protezione dei dati ha un valore puramente dichiarativo e non è parte integrante del contratto. Essa vale per l'intera durata del rapporto contrattuale tra SWICA e il contraente dell'assicurazione.
2. In particolare sono elaborati dati anagrafici e contrattuali (p. es. nome, cognome, indirizzo, numero postale di avviamento, data di nascita, indirizzo e-mail, numero di telefono [cellulare e fisso], coordinate bancarie, stato civile, numero di figli, dati di eventuali procuratori, informazioni finanziarie sul reddito), dati sulla salute (diagnosi, sintomi, medicazioni, operazioni effettuate ecc.), dati sui trattamenti e sul decorso del trattamento, costi delle prestazioni, dati sull'ambiente di vita personale e sociale o anche profili della personalità, dati di altri assicuratori, dati di fornitori di prestazioni, dati relativi a questioni di diritto esecutivo e fallimentare.
3. In particolare SWICA tratta i dati nell'ambito della procedura di proposta per la stipulazione di un contratto assicurativo (colloquio di consulenza, proposta di assicurazione, verifica della proposta, stipulazione dell'assicurazione ecc.) e per lo svolgimento del contratto d'assicurazione (elaborazione delle prestazioni, trasmissione di informazioni, assistenza ai clienti, Customer Journey, cure integrate, presentazione di offerte di prodotti, marketing ecc.).
4. Inoltre SWICA analizza i dati personali a fini statistici tramite metodi matematici e automatizzati (profiling). In base alle conoscenze acquisite, SWICA può migliorare la qualità e l'utilità di prestazioni di servizio e prodotti per i clienti esistenti, passati e potenziali e informare in merito le persone assicurate.
5. Dalla dichiarazione attuale di protezione dei dati si rileva inoltre quali altri dati vengono trattati. I dati personali vengono trattati in particolare a fini per i quali SWICA è legalmente autorizzata e che servono all'adempimento di doveri legali e regolamentari oppure alla tutela di interessi legittimi. Inoltre SWICA tratta dati a fini per i quali la persona assicurata ha dato il suo consenso.

6. Nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati e nella misura in cui è necessario per gli scopi citati, SWICA può trasmettere dati personali a terzi (altri assicuratori coinvolti, medici di fiducia, autorità, avvocati e specialisti esterni, centri di calcolo, prestatori di servizi ecc.) in Svizzera e all'estero. La trasmissione di dati può anche avere luogo a scopo di coordinamento delle prestazioni con fornitori di prestazioni esteri, nel procedimento di regresso oppure per svelare o impedire frodi assicurative. Inoltre, i dati personali possono essere trasmessi nell'ambito di un servizio esterno (ad esempio prestazioni di servizio IT) a terzi incaricati in Svizzera e all'estero. SWICA obbliga contrattualmente i terzi al rispetto della riservatezza e della segretezza e all'osservanza della legge sulla protezione dei dati.
7. Se SWICA consegna agli stipulanti una tessera d'assicurazione, questa certifica, nei confronti dei fornitori di prestazioni, le assicurazioni stipulate. Se è stato stipulato un prodotto secondo la LAMal, la tessera d'assicurazione è predisposta sulla base delle disposizioni di legge della LAMal e contiene inoltre indicazioni, secondo le norme UE, quale attestato di copertura assicurativa valida durante un soggiorno nell'area UE. Se viene stipulata un'assicurazione secondo la LCA, la tessera d'assicurazione può contenere anche indicazioni sull'estensione dell'assicurazione, comprese le assicurazioni complementari.

IX. DISPOSIZIONI FINALI

ART. 30 COMUNICAZIONI E NOTIFICHE

1. Tutte le comunicazioni e le notifiche dello stipulante devono essere inviate a SWICA. Le informazioni sui contatti si trovano nella polizza d'assicurazione. L'assicuratore riconosce tutte le comunicazioni e le notifiche come indirizzate a se stesso.
2. Lo stipulante deve comunicare tempestivamente a SWICA tutti i cambiamenti della sua situazione personale che influenzano il rapporto assicurativo (p. es. cambiamento del rappresentante legale/pagatore dei premi, cambiamento di domicilio, cambiamento di sesso ecc.) per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.
3. Tutte le comunicazioni e notifiche inviate da SWICA o dall'assicuratore all'ultimo indirizzo in Svizzera indicato dallo stipulante o al contatto elettronico indicato sono giuridicamente valide.

ART. 31 PRESCRIZIONE

I crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in cinque anni dal fatto su cui è fondato l'obbligo di fornire la prestazione.

Per i contratti conclusi prima del 1° gennaio 2022 si applica un termine di prescrizione di due anni per quanto riguarda i debiti dello stipulante.

GLOSSARIO.

Aliquota percentuale

L'aliquota percentuale nell'assicurazione di base è la quota di partecipazione ai costi che lo stipulante deve assumere per trattamenti medici o medicinali. Alla data della pubblicazione delle presenti CGA risp. CC, l'aliquota percentuale equivale di regola al 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia, con applicazione di un limite massimo (bambini e adulti pagano un'aliquota percentuale massima rispettivamente di 350 e 700 franchi all'anno).

Nelle assicurazioni complementari l'aliquota percentuale è una parte a carico dello stipulante calcolata come percentuale dei costi dei trattamenti o come contributo fisso per ogni giornata di degenza. I giorni di degenza ospedaliera iniziati contano come giorni completi di ricovero. In caso di degenza ospedaliera stazionaria (almeno un pernottamento o degenza di almeno 24 ore), il giorno di dimissione iniziato non viene contato. Per ulteriori spiegazioni vedere «Partecipazione ai costi».

Anno d'assicurazione

L'anno d'assicurazione coincide con l'anno civile.

Assicurazione complementare

In aggiunta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base), esistono assicurazioni complementari facoltative che si possono stipulare individualmente. Gli assicuratori hanno tuttavia la facoltà di respingere delle proposte d'assicurazione, oppure di imporre un'esclusione dalla copertura.

Assicurazione di base

L'assicurazione di base (detta anche «assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie» o «AOMS») è obbligatoria per legge per tutte le persone domiciliate in Svizzera.

Chirurgia maxillo-facciale

La chirurgia maxillo-facciale comprende gli interventi eseguiti al termine della crescita del corpo e dei mascellari, quando è presente una grave malposizione della mascella o la sproporzione tra la mascella superiore e quella inferiore non può essere corretta con misure semplici.

Non rientrano nel concetto di chirurgia maxillo-facciale l'implantologia e l'eventuale necessario rialzo del seno mascellare (ispessimento della base ossea del seno mascellare). In questo caso si tratta di una diretta sostituzione del dente, che è considerata trattamento dentale.

Contratto d'assicurazione collettiva

Contratto d'assicurazione concluso con un solo stipulante in base al quale è coassicurata una moltitudine di persone («persone assicurate») che non sono esse stesse stipulanti.

Contratto quadro

Con un contratto quadro vengono stabilite con il partner contrattuale, a favore di un gran numero di persone che intrattengono un determinato rapporto giuridico con esso (p. es. un rapporto di lavoro, l'appartenenza a un'associazione o simili), alcune condizioni applicabili a tali persone se risultano soddisfatte le condizioni specificate nel contratto quadro.

Elenco dei preparati farmaceutici per applicazione speciale (EPFA)

Elenco dei medicinali che gli assicuratori malattie non assumono né dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, né dalle assicurazioni complementari secondo la LCA.

Elenco delle specialità (ES)

Dopo l'omologazione di un nuovo medicamento da parte di Swissmedic, l'azienda produttrice può richiederne l'ammissione nell'Elenco delle specialità della Confederazione. L'ES è un elenco positivo: i medicinali che vi figurano devono essere rimborsati dagli assicuratori malattie, se sono stati prescritti da un medico per curare l'affezione registrata nell'ES.

Elenco negativo

L'elenco negativo è un'enumerazione di gruppi di preparati che SWICA non rimborsa. Esso comprende: l'EPFA (Elenco dei preparati farmaceutici per applicazione speciale), i medicinali che non sono registrati da Swissmedic, gli integratori alimentari ecc.

Emergenza/urgenza

Si parla di emergenza o urgenza quando un trattamento, dal punto di vista medico, è improrogabile.

Esclusione dalla copertura

Esclusione di una malattia esistente da uno o più rami assicurativi per un tempo determinato o indeterminato.

Fornitore di prestazioni

I fornitori di prestazioni, secondo la legge sull'assicurazione malattie, sono in particolare medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, persone che dispensano cure previa prescrizione o indicazione medica, laboratori, ospedali, case di cura, stabilimenti per cure termali che adempiono le condizioni previste dalla legge.

Franchigia

La franchigia è un contributo fisso ai costi dei trattamenti sostenuto dallo stipulante per ogni anno civile.

Garanzia di assunzione dei costi

Dichiarazione dell'assicuratore malattie, con la quale esso acconsente al pagamento di un trattamento previsto. Prima di un ricovero in ospedale è importante ottenere dal servizio clienti competente una garanzia di assunzione dei costi.

Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica, mentale o psichica oppure che causi la morte.

Istituto equivalente di omologazione

In questo contesto SWICA si basa sulla regolamentazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: l'istituto svizzero Swissmedic tiene un elenco dei Paesi i cui sistemi di omologazione sono riconosciuti come equivalenti.

LAINF

Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni, in vigore dal 1° gennaio 1984.

LAMal

Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, in vigore dal 1° gennaio 1996.

LCA

Legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione, in vigore dal 1° gennaio 1910.

Liste ed elenchi

Tutte le liste e gli elenchi menzionati nelle Condizioni d'assicurazione, rilevanti per la valutazione delle prestazioni, possono essere consultati dallo stipulante in qualsiasi momento sul sito Internet di SWICA. Il servizio clienti SWICA è disponibile in qualsiasi momento per fornire agli stipulanti estratti dell'elenco secondo le richieste individuali (p. es. terapisti per una determinata specializzazione e in una determinata regione). Le liste e gli elenchi sono messi a disposizione in forma digitale, vengono aggiornati costantemente e sono consultabili in qualsiasi momento. Per la determinazione del diritto a prestazioni si fa riferimento alle liste e agli elenchi validi al momento in cui si è ottenuta una prestazione di servizio o in natura da SWICA.

Malattia

Si considera 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 lavorativa.

Maternità

La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.

Medicina classica

La medicina appresa durante gli studi universitari. La medicina classica utilizza solamente medicinali e metodi terapeutici di provata efficacia. Essa comprende una parte preponderante del patrimonio di conoscenze ed esperienze della medicina del mondo occidentale.

Medicina complementare

La medicina complementare comprende tutte le forme terapeutiche che non rientrano nel settore della medicina classica. SWICA gestisce un elenco dei terapisti riconosciuti. Il servizio clienti SWICA è disponibile in qualsiasi momento per fornire agli stipulanti estratti dell'elenco secondo le richieste individuali (p. es. terapisti per una determinata specializzazione e in una determinata

regione). L'elenco è messo a disposizione in forma digitale, viene aggiornato costantemente ed è consultabile in qualsiasi momento. Gli stipulanti possono ricevere in qualsiasi momento degli estratti dal servizio clienti SWICA.

Ospedali convenzionati

Gli ospedali convenzionati sono ospedali che non dispongono di mandati di prestazioni cantonali ma con i quali SWICA ha concordato tariffe convenzionate.

Ospedali figuranti nell'elenco

Gli ospedali figuranti nell'elenco sono ospedali che hanno ricevuto dai Cantoni un mandato di prestazioni sulla base della LAMal.

Ospedali riconosciuti da SWICA

Gli ospedali riconosciuti da SWICA sono ospedali figuranti nell'elenco e ospedali convenzionati con i quali SWICA ha concluso un accordo contrattuale in merito alle tariffe.

Paesi confinanti

Sono Paesi confinanti la Germania, la Francia, l'Italia, l'Austria e il Principato del Liechtenstein.

Partecipazione ai costi

Quando uno stipulante usufruisce di prestazioni mediche (p. es. una visita medica, medicinali, trattamenti di terapisti), deve farsi personalmente carico di una parte di tali costi. Questa parte pagata personalmente dal paziente è detta «partecipazione ai costi» ed è composta da una franchigia, ossia un contributo fisso ai costi di trattamento sostenuto dallo stipulante per ogni anno civile, e/o un'aliquota percentuale, ossia una parte a carico dello stipulante calcolata come percentuale dei costi dei trattamenti o come contributo fisso per ogni giornata di degenza. In caso di degenza ospedaliera stazionaria (almeno un pernottamento o degenza di almeno 24 ore), il giorno di dimissione iniziato non viene contato.

Premio

Il premio è la contropartita versata dallo stipulante per la concessione della copertura assicurativa da parte dell'assicuratore. Differenze registrate nei costi possono comportare varie graduazioni dei premi. I premi vengono riscossi in anticipo.

Reticenza (violazione dell'obbligo di dichiarazione)

Sussiste una violazione dell'obbligo di dichiarazione se, in occasione della stipulazione di un contratto di assicurazione complementare, alle domande sullo stato di salute sono state fornite risposte non veritiere o incomplete. In altri termini, se non sono state dichiarate circostanze rilevanti ai fini della valutazione del rischio di cui lo stipulante era o avrebbe dovuto essere a conoscenza.

Ricaduta

Ricomparsa di una malattia.

Stipulante

Lo stipulante è la persona che ha stipulato con SWICA un contratto d'assicurazione.

Swissmedic

In Svizzera i medicinali possono essere posti in commercio soltanto a condizione che la loro sicurezza, efficacia e qualità siano state sufficientemente verificate e documentate. L'omologazione compete a Swissmedic, l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici.

Tariffa massima

La tariffa massima si basa sui valori medi dei contratti tariffali stipulati tra SWICA e ospedali comparabili, o sull'ultima tariffa valida con l'ospedale, applicando il valore inferiore tra i due. La tariffa massima viene calcolata separatamente per ogni classe ospedaliera.

Termine di disdetta/termine di modifica

La disdetta è considerata valida se pervenuta entro l'ultimo giorno lavorativo prima della scadenza del termine di preavviso entro le ore 17 alla ricezione di SWICA (la data sul timbro postale non fa fede). La disdetta può avvenire per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.

Trattamento stazionario

È considerato stazionario un trattamento che comporta una degenza ospedaliera di almeno 24 ore o di una notte.