

ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA) E CONDIZIONI COMPLEMENTARI (CC) SECONDO LA LCA.

Edizione 2013

Informazione ai clienti

Noi siamo tenuti per legge, prima della stipulazione del contratto, a farvi notare, in modo trasparente e comprensibile, alcuni punti del contratto particolarmente importanti. Nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione e nelle Condizioni complementari, osservate con attenzione i punti segnalati con questo simbolo:



Prima della stipulazione di un contratto, fatevi spiegare i passaggi espressamente segnalati. Con questo simbolo evidenziamo in modo particolare i seguenti argomenti:

- Chi è l'assicuratore?
- Chi è assicurato?
- Cosa è assicurato, risp. cosa non è assicurabile?
- Quali obblighi ha la persona assicurata?
- Quando esiste un diritto a prestazioni?
- Come sono calcolate le prestazioni?
- Come sono calcolati i premi?
- Quanto dura il contratto?
- Quali dati sono elaborati, da chi e a quale scopo?

Sommario

	Pagina
Disposizioni generali d'assicurazione	4
Assicurazioni complementari COMPLETA TOP e COMPLETA PRAEVENTA	7
Assicurazione complementare SUPPLEMENTA	10
Assicurazione complementare OPTIMA	10
Assicurazione ospedaliera HOSPITA	11
Assicurazione cure dentarie DENTA	15
Assicurazione infortuni INFORTUNA	16
Assicurazione d'indennità giornaliera SALARIA secondo la LCA	18
Glossario	22

I In generale

❗ Assicuratore nelle assicurazioni complementari è, se non indicato diversamente nelle Condizioni complementari, SWICA Assicurazione malattia SA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur (in seguito «SWICA»).

Per l'assicurazione complementare INFORTUNA l'assicuratore è SWICA Assicurazioni SA, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur.

Art. 1 Chi è competente per l'assistenza agli assicurati?

Se necessitate di una consulenza assicurativa oppure di prestazioni da una delle vostre assicurazioni, rivolgetevi a SWICA Organizzazione sanitaria. 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 sia a titolo individuale che collettivo, si compone dei seguenti documenti:
 - a) la vostra proposta d'assicurazione
 - b) il certificato d'assicurazione (polizza)
 - c) le presenti Condizioni generali d'assicurazione
 - d) le Condizioni complementari
 - e) gli eventuali «accordi particolari»
2. Per le assicurazioni complementari è applicabile la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

II Estensione dell'assicurazione e relative definizioni

Art. 3 Che cos'è assicurato?

Sono assicurabili le conseguenze finanziarie dovute a malattia, infortunio e/o maternità, in conformità alle rispettive Condizioni complementari per le assicurazioni complementari ai sensi della LCA.

Art. 4 Come potete assicurarvi?

Sono assicurabili le seguenti prestazioni:

- a) spese di cura per malattia, infortunio e maternità, in conformità alle assicurazioni complementari per questi rami assicurativi;
- b) indennità giornaliera in conformità alle Condizioni generali d'assicurazione per questo ramo d'assicurazione;
- c) prestazioni in capitale in caso d'invalidità e di decesso in conformità alle Condizioni complementari.

Art. 5 Definizioni e applicazione delle CGA

L'assicurazione di base è l'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie e contro gli infortuni che, in conformità alla Legge federale sull'assicurazione malattie, deve essere stipulata obbligatoriamente quale copertura minima. Le assicurazioni complementari costituiscono delle aggiunte individuali, che possono essere stipulate in aggiunta all'assicurazione di base.

Tutte le disposizioni di queste CGA sono valide per le assicurazioni complementari, se non espressamente definito in altro modo. Tutte le definizioni stabilite nella LAMal sono vincolanti anche per le assicurazioni complementari nel senso del presente contratto, se non espressamente regolamentato in altro modo.

Art. 6 ❗ Quali trattamenti sono pagati?

SWICA assume i costi dei trattamenti di cura o dei provvedimenti preventivi, 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 dei fornitori di prestazioni menzionati nelle Condizioni complementari per le assicurazioni complementari vengono messi a disposizione delle persone assicurate in qualsiasi momento. Per la valutazione del diritto alle prestazioni sono presi in considerazione le liste e gli elenchi validi al momento del diritto ad una prestazione di servizio o pecuniaria di SWICA.

Art. 8 ❗ In quali casi SWICA non paga o riduce le proprie prestazioni?

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

1. per le conseguenze di eventi bellici
 - in Svizzera
 - all'estero; se tuttavia l'assicurato 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. per le conseguenze di disordini di ogni genere e dei provvedimenti intrapresi contro quest'ultimi, a meno che l'assicurato possa provare di non avere preso parte attiva ad essi o per istigazione dei simpatizzanti;
3. in relazione con il servizio militare in un esercito straniero;
4. in caso di terremoti o di cadute di meteoriti;
5. in occasione o quale conseguenza della commissione di crimini o delitti, o del relativo tentativo;
6. quale conseguenza della partecipazione a risse e tumulti, a meno che l'assicurato sia stato ferito dai ribelli pur non avendo preso parte attiva nell'accaduto, oppure nel tentativo di soccorrere una persona indifesa;
7. quale conseguenza di pericoli cui l'assicurato si espone provocando terze persone;
8. danni alla salute che sono in relazione ad un atto temerario; sono considerati atti temerari le azioni per loro natura particolarmente soggette a rischio, compiute dall'assicurato senza prendere (o senza avere potuto prendere) le precauzioni atte a ridurre il rischio in misura ragionevole;
9. partecipazione a corse con mezzi a motore di ogni genere, come pure agli allenamenti;
10. malattie o infortuni risultanti da radiazioni ionizzanti;
11. provocazione intenzionale di un evento assicurato da parte della persona assicurata, oppure di una terza persona beneficiaria delle prestazioni;
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.

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 Da quando vale l'assicurazione?

Il contratto è valido non appena SWICA rilascia la polizza d'assicurazione, oppure conferma l'accettazione della proposta per scritto, ma al più presto a partire dalla data concordata. Le conseguenze di infortuni e malattie sono coperte soltanto se gli infortuni si verificano dopo l'inizio dell'assicurazione, risp. se le malattie si manifestano per la prima volta dopo l'inizio dell'assicurazione.

Art. 11 ❗ Quanto dura l'assicurazione?

Avete diritto a prestazioni da parte di SWICA fintanto che il contratto non risulta disdetto, con riserva dell'articolo 15 di queste condizioni.

Art. 12 Quando può essere annullata l'assicurazione?

1. **!** Se non concordato altrimenti, vale una durata minima del contratto di un anno, considerando che la fine dell'anno assicurativo cade sempre al 31.12. Dopo la scadenza della durata concordata, il contratto si prolunga ogni volta tacitamente di un anno, salvo che l'assicurato inoltri tempestivamente la sua disdetta.
2. La disdetta può essere inoltrata per la fine di un anno civile, osservando un termine di disdetta di tre mesi.
3. Dopo ogni caso di malattia o infortunio per il quale SWICA accorda una prestazione è possibile disdire il contratto. Al più tardi dopo 14 giorni dopo il ricevimento della prestazione il contraente l'assicurazione può disdire la relativa parte del contratto. La copertura si estingue 14 giorni dopo il ricevimento della comunicazione da parte di SWICA. SWICA rinuncia ad avvalersi del suo diritto di disdetta nel corso del contratto.
4. SWICA rinuncia ad avvalersi del suo diritto di annullare il contratto di un'assicurazione complementare se si verifica un evento assicurato, fatta eccezione per i casi di abuso assicurativo o tentato abuso. In questi casi, SWICA ha la facoltà di disdire il contratto entro 14 giorni dal momento in cui è venuta a conoscenza della fattispecie.
5. Un'assicurazione complementare si estingue automaticamente – anche senza disdetta – se la persona assicurata trasferisce il suo domicilio abituale all'estero per più di tre mesi. Restano riservati eventuali Condizioni complementari o accordi particolari con SWICA.
6. L'assicurazione si estingue inoltre con la morte dell'assicurato, con la disdetta del contratto o con il recesso dal contratto.
7. La disdetta avviene entro tempo utile se perviene SWICA in forma scritta entro l'ultimo giorno prima dell'inizio del termine di tre mesi.

Art. 13 Che cosa succede dopo l'annullamento 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) **!** Il diritto alle prestazioni termina in ogni caso con l'annullamento del contratto.

IV Pagamento dei premi

Art. 14 Quali sono le scadenze dei premi?

1. Di norma, i premi devono essere versati annualmente in anticipo; tuttavia con un accordo particolare e con un supplemento, i pagamenti possono avvenire anche semestralmente, trimestralmente o bimestralmente.
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, 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 ad una diffida non viene dato alcun riscontro, il diritto alle prestazioni nelle assicurazioni complementari viene a cessare dal momento in cui decorreva il termine della diffida. Vale inoltre per analogia l'art 13 delle CGA.
2. Le assicurazioni complementari sospese possono essere ripristinate allo stato originario contro pagamento dei premi e dei costi scoperti (interessi di mora, spese di sollecito, spese d'esecuzione), indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato ed entro tre mesi dall'inizio della sospensione; ciò è possibile anche dopo tale termine, se viene dimostrato che lo stato di salute della persona assicurata è soddisfacente. La copertura risulta riattivata al momento dell'avvenuto pagamento.

3. SWICA è autorizzata a esigere dagli assicurati ritardatari la ruffione delle spese causate (costi dei richiami, spese d'esecuzione, interessi di mora, ecc.) e a computarle sulle prestazioni a cui essi hanno diritto.

V Modifica dei premi e adattamento del contratto

Art. 16 Possono subentrare modifiche nel rapporto contrattuale?

Se dopo la stipulazione del contratto d'assicurazione subentrano dei cambiamenti nell'ambito dell'assicurazione sociale di base o nei rapporti fra SWICA e i 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 d'assicurazione al più tardi 30 giorni prima della fine dell'anno civile. In tal caso, il contraente d'assicurazione ha il diritto di disdire la parte del contratto interessata dalla modifica per la fine dell'anno civile in corso. Per essere valida, la disdetta deve pervenire a SWICA in forma scritta entro l'ultimo giorno dell'anno civile. Se il contraente d'assicurazione rinuncia alla disdetta, ciò viene considerato come approvazione dell'adeguamento del contratto.

Art. 17 Assicurazione di bambini e giovani

Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto il 18° o il 25° anno d'età, e che sono stati ammessi nell'assicurazione con una tariffa particolare per bambini o per giovani, a partire dall'anno assicurativo successivo al compimento dei 18 risp. 25 anni d'età sarà applicato il premio della scala di tariffa superiore. In questo caso esiste un diritto straordinario di disdetta secondo il precedente art. 16.

Art. 18 Assicurazione con tariffa in base all'età effettiva

Se nell'ambito delle assicurazioni complementari l'assicurato sceglie il modello di tariffa in base all'età effettiva, i premi vengono adattati periodicamente all'età effettiva della persona assicurata. In questo caso esiste un diritto straordinario di disdetta secondo il precedente art. 16. Fino al compimento del 50° anno d'età, l'assicurato ha la possibilità di passare dalla tariffa in base all'età effettiva alla tariffa in base all'età d'entrata per l'inizio dell'anno civile successivo, e ciò senza riguardo per lo stato di salute, nel quadro della copertura assicurativa attuale e tenendo conto della durata d'assicurazione precedente.

Art. 19 **!** Cambiamento di professione, d'attività o di domicilio dell'assicurato

Nell'ambito delle assicurazioni complementari i premi per determinate categorie di prestazioni sono determinati in funzione di classi di rischio o del luogo di residenza. Se la persona assicurata cambia professione, attività o domicilio, e se ciò comporta una modifica del rischio, SWICA può adattare 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 (vedere sulla 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 diritti rivendicabili

Art. 20 Come potete ottenere i vostri rimborsi?

1. Spese di cura
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 ed i giustificativi devono essere trasmessi regolarmente a SWICA entro il termine di un mese;

- b) Costi per trattamenti ospedalieri:
se dovete essere ricoverati in ospedale o in un altro stabilimento di cura, oppure se dovete sottoporvi ad una cura, siete tenuti a informare 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; entro un termine di dieci giorni, SWICA rilascia la garanzia di assunzione dei costi; le fatture devono essere inoltrate a SWICA entro un anno; se disponete di altre assicurazioni (assicurazioni complementari, assicurazione infortuni obbligatoria o un'altra assicurazione malattia), dovete inoltrare a SWICA, oltre ai documenti succitati, anche i conteggi dei rispettivi assicuratori (ad es. cassa malati, SUVA, ecc.).
2. Le prestazioni in capitale devono essere fatte valere in conformità alle Condizioni complementari.
 3. I pagamenti secondo le lett. a) e b) sono effettuati in franchi svizzeri su un conto bancario o postale in Svizzera.
 4. In base al diritto d'informazione, SWICA è autorizzata a richiedere documenti giustificativi e altre informazioni, in particolare certificati medici. La persona assicurata accorda a SWICA il diritto di richiedere direttamente i relativi atti, documenti ed informazioni, come pure la possibilità di ordinare una visita presso un medico designato da SWICA, allo scopo di accertare il diritto alle prestazioni. La persona assicurata deve inoltre fornire a SWICA tutte le informazioni inerenti ad un caso specifico oppure a malattie ed infortuni preesistenti. La persona assicurata libera da ogni segreto professionale, nei confronti di SWICA, tutti i medici curanti, le autorità, gli assicuratori e gli avvocati che l'hanno curata, assistita o assicurata. Per gli assicurati minorenni, l'osservanza degli obblighi deve essere garantita dai detentori dell'autorità parentale oppure dal contraente d'assicurazione.

Art. 21 Conseguenze in caso di violazione degli obblighi contrattuali

In caso di violazione grave 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 grave non ha esercitato alcun influsso sulle conseguenze della malattia o dell'infortunio e 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.

Art. 22 Trattamento di dati personali da parte di SWICA

1. SWICA acquisisce e utilizza dati personali degli assicurati nel rispetto della legge sulla protezione dei dati e delle relative ordinanze così come delle leggi sulle assicurazioni sociali.
2. Per stabilire un rapporto assicurativo (colloquio di consulenza, domanda d'assicurazione, stipulazione di un contratto) e successivamente durante l'esistenza dello stesso, SWICA viene a conoscenza di informazioni personali sul partner contrattuale, risp. sugli assicurati. In particolare, SWICA viene a conoscenza di informazioni particolarmente sensibili sullo stato di salute degli assicurati e sulle relative cure.
3. SWICA salva su supporto elettronico o su carta le informazioni personali e le elabora per poter fornire le prestazioni stabilite per contratto e per poter consigliare ed assistere gli assicurati in funzione di una protezione assicurativa affidabile e finalizzata ai bisogni.
4. Inoltre SWICA può analizzare i dati con metodi matematici e statistici, per poter sviluppare e migliorare, in base alle conoscenze acquisite, la qualità e l'utilità delle prestazioni di servizio e dei prodotti a favore dei clienti esistenti, degli ex-clienti e dei potenziali nuovi clienti e poterli informare in merito.

5. SWICA può incaricare terzi di fornire prestazioni a favore dei suoi clienti e trasmettere a questi per l'adempimento del loro compito (ad es. altri co-assicuratori, medici fiduciari, autorità, avvocati, specialisti esterni, centri di calcolo) dati che si riferiscono a persone. In questi casi, SWICA obbliga i terzi al rispetto del segreto e delle norme sulla protezione dei dati. Una trasmissione dei dati può anche avvenire allo scopo di stabilire una copertura assicurativa o evitare un abuso.
6. I dati personali sono elaborati e conservati in una banca dati o su carta solo fintanto che le disposizioni di legge e contrattuali lo esigono. Successivamente, i dati personali sono cancellati.
7. SWICA consegna agli assicurati una tessera d'assicurato. Questa tessera certifica, nei confronti dei fornitori di prestazioni, le assicurazioni stipulate. La tessera d'assicurato è allestita 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 su territorio UE. La tessera d'assicurato contiene inoltre indicazioni sulla copertura assicurativa, incluse le assicurazioni complementari.

VII Diversi

Art. 23 Diritto applicabile e foro competente

1. Gli obblighi derivanti dal presente contratto devono essere adempiuti in Svizzera ed in valuta svizzera.
2. 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 il contraente d'assicurazione, risp. l'avente diritto, risiede all'estero, il foro giuridico esclusivo è Winterthur.

Art. 24 Diritto di revoca

Il contraente ha il diritto di revocare la proposta d'assicurazione entro i primi sette giorni dalla data della firma. La comunicazione della revoca deve essere trasmessa per lettera raccomandata alla SWICA Organizzazione sanitaria, Direzione generale, casella postale, 8401 Winterthur.

Con l'invio della comunicazione di revoca termina, anche con effetto retroattivo, ogni copertura assicurativa provvisoria o definitiva.

Art. 25 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 fossero 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 di un'assicurazione SWICA può richiedere una visita medica. Con la firma della proposta SWICA viene autorizzata a richiedere a medici, autorità ufficiali e terzi tutte le informazioni necessarie. Se al momento della conclusione del contratto sono stati comunicati in modo non veritiero, oppure sottaciuti, dei punti importanti che la persona avente il dovere di notifica sapeva o doveva sapere, SWICA ha il diritto, entro quattro settimane dal momento in cui viene a conoscenza della violazione dell'obbligo di denuncia, di disdire il contratto mediante comunicazione scritta come pure di esigere il rimborso di tutte le prestazioni versate in relazione al caso relativo alla violazione dell'obbligo di denuncia. Il contratto termina non appena l'assicurato riceve la disdetta.

Art. 26 Passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale

1. Chi esce da un'assicurazione collettiva SWICA ha il diritto, entro tre mesi, di passare nell'assicurazione individuale. Il diritto di passaggio nell'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 assicurati vengono resi attenti dal contraente del contratto d'assicurazione collettiva in merito al diritto di passaggio al momento dell'uscita dal contratto d'assicurazione collettiva. 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 sarà identico al gruppo d'età d'entrata nel contratto per i costi di guarigione.

Art. 27 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 responsabile, SWICA accorda le proprie prestazioni nella misura in cui per l'assicurato non ne risulti un sovrindennizzo.
2. Se per gli stessi costi esistono più assicurazioni, oppure altri interlocutori che in mancanza dell'assicurazione presso SWICA avrebbero l'obbligo di pagamento delle prestazioni, i costi vengono rimborsati solamente una volta. Il diritto al rimborso di questi costi sussiste solo nella proporzione fra i costi coperti da SWICA e l'ammontare globale delle prestazioni di tutti gli assicuratori.
3. Se un terzo contesta il proprio obbligo di prestazione, SWICA non è tenuta a corrispondere prestazioni.
4. SWICA eroga prestazioni a titolo facoltativo soltanto se la persona assicurata le cede i suoi diritti nei confronti di terzi. SWICA può accordare un'assistenza giuridica all'assicurato per aiutarlo a far valere i suoi diritti nei confronti di terzi.

5. Se l'assicurato, senza il consenso preventivo di SWICA, conclude accordi con terzi, l'obbligo di prestazioni da parte di SWICA viene a cadere.
6. SWICA non è tenuta a versare prestazioni se l'assicurato non fa valere tempestivamente i suoi diritti nei confronti di terzi, oppure non s'impegna per la rispettiva liquidazione.
7. L'assicurato deve informare SWICA sull'entità e il genere di tutte le prestazioni di terzi. In caso di omissione, SWICA può ridurre o rifiutare le prestazioni.

Art. 28 Compensazione e rimborso

Le prestazioni versate erroneamente da SWICA devono essere restituite dall'assicurato su richiesta scritta. In questo caso sussiste un diritto di compensazione a favore di SWICA.

Art. 29 Divieto di cessione e pignoramento

Le pretese nei confronti di SWICA non possono essere cedute in pegno né pignorate.

VIII Disposizioni finali

Art. 30 Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni della persona assicurata o avente diritto devono essere indirizzate a SWICA. L'indirizzo si trova sulla polizza d'assicurazione. L'assicuratore considera le stesse come indirizzate a sé stesso.
2. Tutte le comunicazioni di SWICA, rispettivamente dell'assicuratore, vengono recapitate a norma di legge all'ultimo indirizzo in Svizzera notificato dalla persona assicurata o dall'avente diritto.

Art. 31 Base legale

La versione in lingua tedesca delle Condizioni generali d'assicurazione costituisce la base legale qualora dovessero risultare delle differenze rispetto alla versione francese, italiana o inglese.

Assicurazioni complementari COMPLETA TOP e COMPLETA PRAEVENTA

I Campo d'applicazione

Art. 1 Scopo

1. SWICA accorda dalle assicurazioni complementari COMPLETA TOP (modulo base) e COMPLETA PRAEVENTA (modulo aggiuntivo) delle prestazioni supplementari sui costi dei trattamenti ambulatoriali e stazionari, a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal).
2. Il modulo base COMPLETA TOP può essere ampliato mediante il modulo aggiuntivo COMPLETA PRAEVENTA.
3. **!** Il modulo aggiuntivo non può essere stipulato separatamente, bensì soltanto in combinazione con il modulo base COMPLETA TOP. Se viene a mancare il modulo COMPLETA TOP, nello stesso momento viene annullato anche il modulo COMPLETA PRAEVENTA.
4. Entrambi i prodotti decadono anche se l'assicurato trasferisce il proprio domicilio all'estero.

Art. 2 Persone assicurabili

Possono richiedere quest'assicurazione complementare tutte le persone che hanno il loro domicilio legale in Svizzera e che non hanno ancora compiuto il 60° anno d'età.

II Estensione dell'assicurazione

Art. 3 Estensione dell'assicurazione

1. **!** SWICA assume i costi dei trattamenti terapeutici e delle misure preventive, a condizione che essi siano efficaci, appropriati ed economici.
2. L'estensione dell'assicurazione si basa sulle presenti condizioni e sulla polizza.
3. La partecipazione percentuale ai costi, che si basa sui costi complessivi effettivi, viene calcolata separatamente in ciascun ramo d'assicurazione SWICA.
4. Non sono assicurate le franchigie imposte da altre assicurazioni sociali.

Art. 4 Medicina complementare

1. Sono pagati i costi per trattamenti di medicina naturale riconosciuti da SWICA, se eseguiti secondo i principi della medicina complementare da un medico, un naturopata o da personale specializzato, riconosciuti da SWICA per l'esercizio di una professione medica nell'ambito della medicina complementare.
2. SWICA gestisce una lista dei trattamenti riconosciuti e un elenco dei terapeuti riconosciuti. Tale lista e tale elenco vengono aggiornati continuamente e possono essere consultati dalla persona assicurata, che ne può anche richiedere estratti.
- 43 Dove non esiste un tariffario riconosciuto, per il calcolo delle prestazioni, SWICA si basa su una tariffa di 80 franchi all'ora.

Art. 5 Medicamenti

1. SWICA paga i costi dei medicamenti necessari per ragioni mediche, prescritti da un medico e non contemplati nella lista negativa.
2. SWICA assume i costi dei preparati omeopatici, fitoterapici ed antroposofici prescritti o dispensati da un terapeuta riconosciuto in base all'art. 4, e che non sono contemplati dalla lista negativa.
3. I preparati ed i medicamenti vengono rimborsati al prezzo di mercato. Qualora essi vengano confezionati in proprio, SWICA assume i costi di produzione con un supplemento massimo del 30 per cento.
4. Sono considerati medicamenti i preparati registrati presso Swissmedic. Non vengono tuttavia rimborsati i principi attivi e i preparati per i quali è autorizzata la pubblicità indirizzata al pubblico, che servono alla prevenzione di malattie, che sono usati a fini cosmetici, che servono alla stimolazione sessuale o che favoriscono la riduzione del peso corporeo, come pure i preparati e i principi attivi che soggiacciono alle disposizioni dell'Ordinanza sulle derrate alimentari (non registrati presso Swissmedic). Non esiste alcuna copertura assicurativa nemmeno per i prodotti che il fabbricante ritira spontaneamente dall'elenco delle specialità in conformità alla LAMal. Per i prodotti che dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono assunti solo per indicazioni limitate o che sono assunti solo in parte, SWICA non paga neanche dalla **COMPLETA TOP** al di fuori di queste limitazioni.

Art. 6 Psicoterapia presso psicoterapeuti indipendenti

SWICA assume il 90 per cento dei costi, al massimo 60 sedute di 50 franchi in un anno civile, dei trattamenti di psicoterapia prescritti da un medico e che servono alla cura di una malattia psichica, effettuati da psicoterapeuti indipendenti. Lo psicoterapeuta deve essere in possesso di una formazione specialistica riconosciuta dal Cantone o dalla Confederazione, oppure essere membro dell'Associazione Svizzera degli psicoterapeuti (ASP).

Art. 7 Maternità/Indennità d'allattamento

SWICA versa 200 franchi quale indennità d'allattamento se l'assicurata allatta totalmente o parzialmente il bambino per una durata di almeno dieci settimane.

Art. 8 Cure balneari

1. Per cure balneari prescritte da un medico e autorizzate anticipatamente da SWICA, effettuate in Svizzera in uno stabilimento riconosciuto oppure – in casi particolari e previa autorizzazione da parte di SWICA – effettuate all'estero, SWICA accorda un contributo massimo di 30 franchi al giorno per le spese di pensione e di cura, per un periodo massimo di 30 giorni per anno civile.
2. La domanda di cura deve essere inoltrata a SWICA almeno 14 giorni prima dell'inizio della cura.

Art. 9 Cure di convalescenza

1. Per le cure di convalescenza prescritte da un medico, medicalmente necessarie e autorizzate anticipatamente da SWICA, effettuate in uno stabilimento di cura riconosciuto in base all'elenco SWICA, SWICA accorda per le spese di pensione un contributo massimo di 20 franchi al giorno, per una durata massima di 30 giorni in un anno civile.
2. La domanda di cura deve essere inoltrata a SWICA almeno 14 giorni prima dell'inizio della cura.

Art. 10 Aiuto domiciliare

1. SWICA paga il 50 per cento dei costi comprovati dell'aiuto domiciliare necessario per il disbrigo dei lavori nell'economia domestica dell'assicurato, al massimo 30 franchi al giorno per una durata massima di 60 giorni in un anno civile.
2. La necessità di un aiuto domiciliare deve essere attestata da un certificato medico.
3. I contributi vengono accordati anche ai familiari o ai parenti, a condizione che essi possano attestare che l'aiuto prestato ha comportato un'effettiva perdita di guadagno.

Art. 11 Lenti e montature di occhiali, lenti a contatto

1. SWICA assume il 90 per cento dei costi delle lenti e montature di occhiali, come pure delle lenti a contatto, necessarie per ragioni mediche, per un massimo di 200 franchi ogni tre anni civili.
2. Presupposto per il versamento di questa prestazione è che negli ultimi tre anni civili non siano state accordate prestazioni per occhiali o lenti a contatto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Art. 12 Mezzi ausiliari

Per i mezzi ausiliari che compensano la mancanza di funzionalità oppure sostituiscono parti del corpo (escluse le protesi dentarie e gli aiuti visivi), prescritti da un medico e che non risultino prestazioni obbligatorie per legge, SWICA assume il 90 per cento delle spese, per un massimo di 200 franchi in un anno civile.

Art. 13 Cure dentarie

SWICA assume il 50 per cento dei costi, per un massimo di 100 franchi in un anno civile, delle spese per cure dentarie che non risultino prestazioni obbligatorie per legge.

Art. 14 Correzione della posizione dei denti

1. Per la correzione della posizione dei denti per i bambini e i giovani fino ai 25 anni d'età, SWICA assume il 50 per cento dei costi in base alla tariffa LAINF, al massimo 10000 franchi per anno civile.
2. In caso di trattamenti stazionari, SWICA assume il 50 per cento dei costi in base alle tariffe del reparto comune dello stabilimento di cura pubblico più vicino al luogo di domicilio dell'assicurato, al massimo 10000 franchi per anno civile.

Art. 15 Chirurgia maxillo-facciale

1. Per i provvedimenti di chirurgia maxillo-facciale, SWICA assume il 50 per cento dei costi in base alle tariffe del reparto comune dello stabilimento di cura pubblico più vicino al luogo di domicilio dell'assicurato, al massimo 10000 franchi per anno civile.
2. In caso di trattamenti ambulatoriali, SWICA assume il 50 per cento dei costi in base alla tariffa LAINF, applicando il valore del punto valido per le casse malati, al massimo 10000 franchi per anno civile.

Art. 16 Trasporti d'urgenza, trasferimenti e azioni di ricupero in Svizzera

1. SWICA assume, a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e in base alle tariffe in uso, il 90 per cento dei costi dei trasporti d'urgenza o dei trasferimenti dovuti a necessità medica fino al medico o all'ospedale più vicino in Svizzera, complessivamente al massimo 20 000 franchi per anno civile.
2. SWICA rimborsa i costi delle azioni di ricerca e/o di ricupero della persona assicurata, al massimo fino a 20 000 franchi per anno civile.

IV Prestazioni COMPLETA TOP all'estero

Art. 17 Prestazioni all'estero

1. SWICA accorda una garanzia e assume i costi causati da trattamenti medici che si rendono necessari durante un soggiorno temporaneo all'estero di una persona con domicilio in Svizzera, e che non sono coperti da un'altra assicurazione. Sono riconosciuti tutti i trattamenti che sono coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera.
2. Se un assicurato si reca all'estero per farsi curare senza il consenso di SWICA, i relativi costi non vengono rimborsati.

Art. 18 Prestazioni assistance

Se una persona assicurata si ammala o si infortuna mentre si trova all'estero, oppure se subentra un inatteso peggioramento – attestato da un medico – di una malattia cronica, SWICA assume pure le seguenti prestazioni:

1. Azioni di ricerca e ricupero e trasporti d'urgenza all'estero, a condizione che il medico incaricato dalla centrale di soccorso SWICA ne attesti la necessità, insieme fino a 50 000 franchi in un anno civile.
2. Rimpatrio in Svizzera, risp. trasferimento in ospedale in Svizzera, a condizione che il medico incaricato dalla centrale di soccorso SWICA ne attesti la necessità.
3. Se una degenza ospedaliera all'estero dura più di sette giorni, a una persona molto vicina all'assicurato SWICA paga i costi per una visita, e ciò secondo le seguenti modalità: i costi comprovati per il viaggio di andata e ritorno, ma al massimo il costo di un volo in classe economica, come pure i costi comprovati di vitto e alloggio, ma al massimo 200 franchi al giorno, e complessivamente al massimo 1 000 franchi.

Art. 19 Comportamento in caso di malattia o infortunio

1. Per principio, l'erogazione delle prestazioni in conformità all'art. 17 (fatta eccezione per l'assunzione dei costi relativi ai trattamenti ambulatoriali) e all'art. 18 presuppone il coinvolgimento della centrale di soccorso SWICA. Le prestazioni non vengono erogate se non sono state autorizzate e organizzate dalla centrale di soccorso SWICA.
2. In via di principio l'assicurato può sottoporsi di propria iniziativa al trattamento ambulatoriale. Se però i provvedimenti medici ambulatoriali – quali la diagnosi, il trattamento, la cura e i medicinali – superano la somma complessiva di 25 000 franchi per anno civile, l'assicurato deve richiedere una garanzia dei costi a SWICA. In mancanza di quest'ultima, non sussiste alcun diritto alle prestazioni della presente assicurazione.

3. In caso di degenza ospedaliera, l'assicurato deve richiedere una garanzia dei costi alla centrale di soccorso SWICA prima dell'inizio del trattamento o prima del ricovero in ospedale. Nei casi d'emergenza, fa stato un termine di notifica di cinque giorni a decorrere dall'inizio della cura. Basandosi sul referto medico, i medici della centrale di soccorso decidono in merito al rilascio di una garanzia dei costi da parte di SWICA, come pure in merito a un eventuale trasferimento in un altro ospedale o al rimpatrio in Svizzera con successivo ricovero in un ospedale idoneo nelle vicinanze del domicilio dell'assicurato.
4. **!** L'assicurato deve inviare a SWICA gli originali di tutte le fatture, corredati delle necessarie indicazioni mediche. Se tali documenti sono insufficienti o incomprensibili, oppure se la tariffa applicata risulta abusiva, SWICA può ridurre o rifiutare le prestazioni.
5. La persona assicurata è tenuta a intraprendere tutto il possibile per ridurre il danno e per contribuire al suo accertamento.

V Prestazioni COMPLETA PRAEVENTA

Art. 20 Scopo

Se in aggiunta alla COMPLETA TOP è stata stipulata la COMPLETA PRAEVENTA, SWICA assume delle prestazioni per le seguenti misure preventive, a condizione che esse siano applicate in Svizzera:

Art. 21 Vaccinazioni ordinarie e di viaggio

SWICA assume il 90 per cento dei costi delle vaccinazioni consigliate da un medico e che non sono prestazioni obbligatorie per legge, al massimo 200 franchi in un anno civile.

Art. 22 Promozione della salute e prevenzione

1. SWICA assume il 50 per cento dei costi dei provvedimenti di promozione della salute e di prevenzione in base a un elenco separato, al massimo 500 franchi in un anno civile.
2. Per le visite mediche (check-up) e le visite ginecologiche preventive che non costituiscono una prestazione obbligatoria e servono al depistaggio precoce di malattie, SWICA assume il 90 per cento dei costi in base alle tariffe valide, al massimo 500 franchi nel corso di tre anni civili.

VI Partecipazione ai costi

Art. 23 **! Partecipazione ai costi**

Per le prestazioni definite agli art. 4 Medicina complementare, art. 5 Medicamenti e art. 17 Prestazioni all'estero, delle presenti condizioni, per gli assicurati adulti viene prelevata una partecipazione ai costi (franchigia) di 600 franchi e per tutti gli assicurati una partecipazione ai costi del 10 per cento. Una partecipazione ai costi (franchigia e partecipazione) già pagata nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene computata.

VII Disposizioni generali

Art. 24 Liste ed elenchi

All'assicurato vengono messi a disposizione in qualsiasi momento gli elenchi e le liste menzionati nelle presenti condizioni.

Art. 25 Diritto applicabile

A complemento delle presenti condizioni sono applicabili le Condizioni generali d'assicurazione SWICA, come pure le Condizioni complementari di eventuali assicurazioni complementari.

Assicurazione complementare SUPPLEMENTA

I Campo d'applicazione

Art. 1 Scopo

SWICA paga dall'assicurazione complementare SUPPLEMENTA i costi che non sono rimborsati, oppure sono rimborsati solo parzialmente, dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o da altre assicurazioni complementari SWICA.

Art. 2 Persone assicurabili

Tutte le persone che non hanno ancora compiuto il 60° anno d'età possono richiedere la stipulazione dell'assicurazione complementare SUPPLEMENTA. Il presupposto per la stipulazione della SUPPLEMENTA è costituito dall'esistenza dell'assicurazione complementare COMPLETA TOP presso SWICA.

II Estensione dell'assicurazione

Art. 3 Estensione dell'assicurazione

1. L'estensione dell'assicurazione si basa sulle presenti condizioni come pure sulla polizza.
2. Non sono assicurate le partecipazioni ai costi (franchigie e partecipazione percentuale) imposte da altre assicurazioni sociali.

III Prestazioni

Art. 4 Lenti e montature di occhiali, lenti a contatto

SWICA assume il 90 per cento dei costi delle lenti e montature di occhiali, come pure delle lenti a contatto, necessarie per ragioni mediche, per un massimo di 300 franchi in tre anni civili.

Art. 5 Mezzi ausiliari

Per i mezzi ausiliari che compensano la mancanza di funzionalità oppure sostituiscono parti del corpo (escluse le protesi dentarie), prescritti da un medico e che non costituiscono prestazioni obbligatorie per legge, SWICA assume il 90 per cento dei costi in conformità all'elenco dell'Associazione svizzera dei tecnici ortopedici (SVOT), per un massimo di 500 franchi per anno civile.

Art. 6 Trasporti d'urgenza e trasferimenti

SWICA assume i costi, in base alle tariffe in uso, dei trasporti d'urgenza o dei trasferimenti dovuti a necessità medica fino al medico o all'ospedale più vicino, complessivamente al massimo il 90 per cento fino a 20 000 franchi per anno civile.

IV Disposizioni generali

Art. 7 Coordinazione con altre assicurazioni

La partecipazione percentuale ai costi a carico dell'assicurato viene calcolata separatamente per ciascun ramo d'assicurazione SWICA, sempre tenendo conto dell'ammontare complessivo dei costi.

Art. 8 Diritto applicabile

A complemento delle presenti condizioni sono applicabili le Condizioni generali d'assicurazione SWICA, come pure le Condizioni complementari di eventuali assicurazioni complementari.

Assicurazione complementare OPTIMA

I Campo d'applicazione

Art. 1 Scopo

SWICA accorda dall'assicurazione ambulatoriale per pazienti privati OPTIMA delle prestazioni supplementari a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie SWICA e dell'assicurazione complementare COMPLETA TOP e COMPLETA PRAEVENTA.

Art. 2 Persone assicurabili

Tutte le persone che non hanno ancora compiuto il 60° anno d'età possono richiedere la stipulazione dell'assicurazione ambulatoriale per pazienti privati OPTIMA.

II Estensione dell'assicurazione

Art. 3 Estensione dell'assicurazione

L'estensione dell'assicurazione si basa sulle presenti condizioni, come pure sulla polizza. SWICA assume i costi dei trattamenti terapeutici e delle misure preventive, a condizione che essi siano efficaci, appropriati ed economici.

III Prestazioni

Art. 4 Trattamenti ambulatoriali

SWICA assume in tutto il mondo gli onorari del personale medico-sanitario. Se nell'ambito dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie l'assicurato ha optato per un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, le relative disposizioni si applicano anche a quest'assicurazione complementare.

Art. 5 Medicina complementare

1. Sono pagati i costi per trattamenti di medicina naturale riconosciuti da SWICA, se eseguiti secondo i principi della medicina complementare da un medico, un naturopata o da personale specializzato, riconosciuti da SWICA per l'esercizio di una professione medica nell'ambito della medicina complementare.
2. SWICA gestisce una lista dei trattamenti riconosciuti e un elenco dei terapisti riconosciuti. Tale lista e tale elenco vengono aggiornati continuamente e possono essere consultati dalla persona assicurata, che ne può anche richiedere estratti.

Art. 6 Terapie presso psicoterapeuti indipendenti

SWICA accorda un contributo di 25 franchi per seduta, per un massimo di 60 sedute in un anno civile, sui costi dei trattamenti di psicoterapia, prescritti da un medico e che servono per una malattia psichica, effettuati da psicoterapeuti indipendenti. Lo psicoterapeuta deve essere in possesso di un attestato di capacità riconosciuto dal cantone o dalla Confederazione oppure essere membro dell'Associazione Svizzera degli psicoterapeuti (ASP).

Art. 7 Maternità

In caso di parto ambulatoriale, SWICA assume tutti i costi del trattamento medico e le prestazioni della levatrice.

Art. 8 Vaccinazioni preventive e di viaggio

Per le vaccinazioni preventive consigliate da un medico e che non sono prestazioni obbligatorie secondo la legge, SWICA assume il 90 per cento dei costi.

Art. 9 Promozione della salute e prevenzione

1. SWICA assume il 90 per cento dei costi dei provvedimenti preventivi, in base ad un elenco separato, al massimo 300 franchi per anno civile.
2. Per i check-up medici e le visite ginecologiche preventive, SWICA assume il 90 per cento dei costi senza limite di somma.

Art. 10 Cure balneari

1. Per le cure balneari prescritte da un medico e autorizzate anticipatamente da SWICA, SWICA accorda un contributo massimo di 30 franchi al giorno per le spese di pensione e di cura, per un periodo massimo di 30 giorni per anno civile.
2. Presupposto per accordare il contributo è che l'assicurato si sottoponga ad una visita medica d'entrata e d'uscita e a un trattamento intensivo balneologico e fisioterapico.
3. La domanda deve essere inoltrata a SWICA almeno 14 giorni prima dell'inizio della cura.

Art. 11 Cure di convalescenza

1. Per i soggiorni di convalescenza prescritti da un medico, medicalmente necessari e autorizzati anticipatamente da SWICA, effettuati in uno stabilimento di cura riconosciuto in base all'elenco SWICA, SWICA accorda per le spese di pensione un contributo massimo di 30 franchi al giorno, per una durata massima di 30 giorni in un anno civile.
2. La domanda deve essere inoltrata a SWICA almeno 14 giorni prima dell'inizio della cura.

Art. 12 Lenti e montature di occhiali, lenti a contatto

SWICA assume il 90 per cento dei costi delle lenti e montature di occhiali, come pure delle lenti a contatto, necessarie per ragioni mediche, per un massimo di 300 franchi in tre anni civili.

Art. 13 Mezzi ausiliari

Per i mezzi ausiliari che compensano la mancanza di funzionalità oppure sostituiscono parti del corpo (escluse le protesi dentarie e gli aiuti visivi), prescritti da un medico e che non risultino prestazioni obbligatorie per legge, SWICA assume il 90 per cento delle spese in base alla lista dell'Associazione svizzera dei tecnici ortopedici (SVOT), per un massimo di 300 franchi per anno civile.

Art. 14 Trasporti d'urgenza e trasferimenti

SWICA assume i costi, in base alle tariffe in uso, dei trasporti d'urgenza o dei trasferimenti dovuti a necessità medica fino al medico o all'ospedale più vicino, complessivamente al massimo il 90 per cento fino a 20 000 franchi per anno civile.

IV Partecipazione ai costi

Art. 15 ! Partecipazione ai costi

Per le prestazioni definite agli art. 4 e 5 delle presenti condizioni viene prelevata una partecipazione ai costi corrispondente alla franchigia annua scelta per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Una partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale) eventualmente già sostenuta nell'ambito dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie, viene computata.

V Disposizioni generali

Art. 16 ! Coordinazione con altre assicurazioni

1. Le prestazioni definite nelle presenti condizioni vengono accordate a complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ed eventualmente di ulteriori assicurazioni complementari esistenti presso SWICA. Se l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è stata stipulata presso un'altra compagnia, dalla OPTIMA non vengono versate prestazioni per i costi che verrebbero rimborsati dalla stessa o dalla COMPLETA TOP e COMPLETA PRAEVENTA, qualora queste assicurazioni fossero state stipulate presso SWICA.
2. La partecipazione percentuale ai costi a carico dell'assicurato viene calcolata separatamente per ciascun ramo d'assicurazione SWICA, sempre tenendo conto dell'ammontare complessivo dei costi.

Art. 17 Liste ed elenchi

All'assicurato vengono messi a disposizione in qualsiasi momento gli elenchi e le liste menzionati nelle presenti condizioni.

Art. 18 Diritto applicabile

A complemento delle presenti condizioni sono applicabili le Condizioni generali d'assicurazione SWICA, come pure le Condizioni complementari di eventuali assicurazioni complementari.

Assicurazione ospedaliera HOSPITA

I Campo d'applicazione

Art. 1 ! Scopo

SWICA assume dall'assicurazione ospedaliera HOSPITA, in caso di trattamento stazionario presso ospedali acuti e a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le spese di degenza e di cura, come pure le spese accessorie non coperte da quest'ultima. A dipendenza della variante d'assicurazione scelta, da questa assicurazione complementare vengono inoltre erogate altre prestazioni.

Art. 2 Persone assicurabili

Tutte le persone che non hanno ancora compiuto il 60° anno d'età possono richiedere la stipulazione di quest'assicurazione.

II Estensione dell'assicurazione

Art. 3 Scelta delle varianti d'assicurazione


SWICA assume il costo delle prestazioni, a condizione che esse siano efficaci, appropriate ed economiche.

Si può scegliere fra le seguenti varianti d'assicurazione:

- variante 1 reparto comune HOSPITA REPARTO COMUNE negli ospedali pubblici e privati con tariffe riconosciute (ospedali convenzionati con SWICA) della Svizzera e del Principato del Liechtenstein. Questa variante può essere stipulata con una garanzia che permette un aumento dell'assicurazione per i reparti ospedalieri semi-privato o privato senza l'esame dello stato di salute
- variante 2 reparto semi-privato HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO in tutti gli ospedali pubblici e privati della Svizzera e del Principato del Liechtenstein con tariffe riconosciute

- variante 3 reparto semi-privato HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO (elenco) in ospedali della Svizzera e del Principato del Liechtenstein in conformità all'elenco degli ospedali di SWICA
- variante 4 reparto privato HOSPITA REPARTO PRIVATO in tutti gli ospedali pubblici e privati della Svizzera e del Principato del Liechtenstein
- variante 5 reparto privato HOSPITA REPARTO PRIVATO (elenco) negli ospedali della Svizzera e del Principato del Liechtenstein in conformità all'elenco degli ospedali di SWICA
- variante 6 reparto privato HOSPITA REPARTO PRIVATO IN TUTTO IL MONDO in tutti gli ospedali pubblici e privati di tutto il mondo
- variante 7 variante d'assicurazione HOSPITA COMFORTA Camera a due letti (variante alberghiera) in tutti gli ospedali pubblici e privati della Svizzera in conformità all'elenco SWICA degli ospedali
- variante 8 Variante d'assicurazione HOSPITA COMFORTA Camera a un letto (variante alberghiera) in tutti gli ospedali pubblici e privati della Svizzera in conformità all'elenco SWICA degli ospedali.

Art. 4 Garanzia per il cambiamento di variante

1. La stipulazione della HOSPITA REPARTO COMUNE inclusa la garanzia per il cambiamento di variante (= HOSPITA PLUS) per mette di passare alla variante assicurativa HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO risp. HOSPITA REPARTO PRIVATO senza esame dello stato di salute.
2. La garanzia per il cambiamento di variante può essere stipulata per una delle due seguenti opzioni:
 - a) Cambiamento da HOSPITA REPARTO COMUNE in HOSPITA REPARTO SEMIPRIVATO (a scelta variante 2 o 3)
 - b) Cambiamento da HOSPITA REPARTO COMUNE in HOSPITA REPARTO PRIVATO (a scelta variante 4 o 5).
3. Una HOSPITA PLUS può essere chiesta fino alla fine dell'anno civile in cui si compiono i 18 anni d'età.
4. Il cambiamento dalla variante assicurativa HOSPITA REPARTO COMUNE alla variante HOSPITA PLUS richiede l'esame dello stato di salute.
5. Il cambiamento nella variante superiore assicurata è possibile fino alla fin dell'anno civile in cui si compiono i 40 anni d'età. Se fino a tale termine non si fa uso della possibilità di cambiamento di variante, la garanzia scade.
6. Il cambiamento può essere effettuato per il primo giorno del mese successivo o secondo accordo.
7.  Dopo il cambiamento esiste un termine d'attesa per tutte le prestazioni di 12 mesi. Durante questo periodo i trattamenti sono assicurati per il reparto comune.

Art. 5 Varianti di franchigia

1. Per le varianti da 1 a 6, l'assicurato può stipulare diversi modelli di partecipazione ai costi con una franchigia annua fissa di:
 - 1000 franchi
 - 2000 franchi
 - 5000 franchi
2. L'assicurato HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO (varianti 2 e 3) può inoltre scegliere un modello di partecipazione ai costi di 300 franchi per ogni giorno di degenza in ospedale fino a un massimo di 6000 franchi per anno civile.
3. L'assicurato HOSPITA REPARTO PRIVATO (varianti 4 e 5) può inoltre scegliere un modello di partecipazione ai costi di 300 franchi per ogni giorno di degenza in ospedale fino a un massimo di 6000 franchi per anno civile se sceglie di farsi ricoverare nel reparto semiprivato e di 400 franchi per ogni giorno di degenza in ospedale fino a un massimo di 8000 franchi per anno civile se sceglie di farsi ricoverare nel reparto privato.

4. Il premio viene ridotto conseguentemente al modello di partecipazione ai costi scelto. Ogni partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale) già pagata in un'assicurazione di base SWICA o un'assicurazione complementare SWICA viene considerata nel conteggio della partecipazione ai costi annua massima per questa assicurazione complementare.
5. Il trasferimento in una classe di franchigia inferiore è possibile unicamente per l'inizio di un anno civile, rispettando un termine di disdetta per modifica di tre mesi e dopo esame dello stato di salute. Sulla base dell'esame dello stato di salute, SWICA può accettare la riduzione, oppure escludere dalla riduzione della franchigia malattie o conseguenze d'infortuni esistenti al momento della domanda di riduzione oppure rifiutare la riduzione.
6. Per le prestazioni di maternità, nel caso di cambiamento a una franchigia inferiore esiste un termine d'attesa di 360 giorni.
7. L'esame dello stato di salute per la riduzione della franchigia avviene anche se contemporaneamente si chiede la riduzione della variante assicurativa. Eccezione: per la riduzione in HOSPITA REPARTO COMUNE (variante senza garanzia per il cambiamento di reparto) la riduzione della franchigia avviene senza esame dello stato di salute.
8. L'annullamento della franchigia è equiparato alla riduzione della franchigia.

Art. 6 Secondo parere medico

1. Stipulando la variante d'assicurazione 3 o 5, l'assicurato si impegna a richiedere a SWICA un secondo parere medico («Second Opinion») prima di sottoporsi agli interventi chirurgici consigliati. Gli interventi chirurgici previsti per il secondo parere medico sono elencati nell'appendice 1 annessa alle presenti Condizioni complementari.
2. Fatta eccezione per i casi d'emergenza, se un assicurato non richiede a SWICA il secondo parere medico prima di sottoporsi agli interventi chirurgici elencati nell'appendice 1 delle presenti Condizioni complementari, egli deve partecipare nella misura del 10 per cento, in aggiunta alla franchigia, ma al massimo fino a 3000 franchi, ai costi totali di degenza e di trattamento che risultano a carico dell'assicurazione HOSPITA.

III Prestazioni

Art. 7 Diritto alle prestazioni in caso di malattia

1. In caso di ricoveri ospedalieri, SWICA assume le spese di degenza e di cura in conformità alla variante d'assicurazione scelta.
2. Nel reparto comune vengono assunte le spese di degenza e di cura in conformità alle convenzioni tariffarie valide o alle tariffe riconosciute da SWICA.
3. Nel reparto semi-privato le spese di degenza e di cura, come pure gli onorari medici, vengono assunti in base agli accordi contrattuali e tariffari. Laddove non trova applicazione alcuna tariffa contrattuale, vengono pagati i contributi globali in conformità all'art. 9, variante 2+3 delle presenti Condizioni complementari. SWICA allestisce liste ed elenchi degli ospedali convenzionati. Gli assicurati si possono informare presso SWICA.
4. Nel reparto privato viene accordata l'usuale tariffa privata.
5. Nella variante d'assicurazione COMFORTA variante 7 (camera a due letti) e variante 8 (camera a un letto), le spese di degenza e di vitto e alloggio (costi alberghieri) vengono pagate in conformità al contratto stipulato tra questi ospedali e SWICA. Non vengono erogate prestazioni relative ai costi di trattamento, diagnosi e cura, poiché l'ospedale addebita questi costi all'assicurazione base in conformità al tariffario LAMal. Se l'assicurato si fa ricoverare in un ospedale non convenzionato, egli non beneficia di alcuna prestazione d'assicurazione dalle varianti 7 e 8.
6. I costi supplementari derivanti da trattamenti extra-cantionali effettuati per ragioni mediche non vanno a carico dell'assicurazione complementare.

7. In caso di trapianto di midollo spinale o di organi, le prestazioni si basano sulle tariffe da noi riconosciute.

Art. 8 Durata delle prestazioni

Se non specificato diversamente nelle presenti condizioni, le prestazioni della HOSPITA vengono accordate per una durata illimitata.

Art. 9 Scelta di un altro reparto ospedaliero/Trattamenti all'estero

1. In caso di scelta di un reparto ospedaliero non corrispondente all'assicurazione stipulata e in caso di ospedalizzazione all'estero, a complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, sono accordate le prestazioni elencate qui di seguito:

variante 1 fino a 50 franchi al giorno per i costi di pensione e fino a 5000 franchi per anno civile per le spese di cura

variante 2 + 3 fino a 100 franchi al giorno per i costi di pensione e fino a 10000 franchi per anno civile per le spese di cura

variante 4 + 5 fino a 150 franchi al giorno per i costi di pensione e fino a 30000 franchi per anno civile per le spese di cura

variante 6 copertura integrale dei costi

variante 7 fino a 100 franchi al giorno per i costi di vitto e alloggio

variante 8 fino a 150 franchi al giorno per i costi di vitto e alloggio

2. Se un assicurato per il reparto privato o semiprivato con una variante di partecipazione ai costi secondo l'art. 5 cpv. 2 e 3 sceglie di farsi curare nel reparto comune, la partecipazione ai costi non è richiesta nell'assicurazione complementare. Se un assicurato con copertura per il reparto privato e una variante di partecipazione ai costi secondo l'art. 5 cpv. 3 sceglie le cure nel reparto semiprivato, la partecipazione ai costi si riduce a 300 franchi al giorno fino a un massimo di 6000 franchi all'anno.

Art. 10 Cliniche diurne

1. Se un più conveniente intervento ambulatoriale effettuato in una clinica diurna riconosciuta da SWICA permette di evitare una degenza ospedaliera, i relativi costi vengono pagati da questa assicurazione complementare. La valutazione compete a SWICA.
2. Per i costi eccedenti l'obbligo legale di prestazione, all'assicurato non viene addebitata alcuna partecipazione ai costi.

Art. 11 Cliniche speciali e psichiatriche

1. Per le degenze presso cliniche psichiatriche o presso reparti speciali per ammalati psichici in ospedali riconosciuti, come pure in cliniche speciali, quali le cliniche di riabilitazione, i sanatori polivalenti, gli stabilimenti climatici e le cliniche per la cura del sonno, nell'ambito delle varianti 2-5 vengono accordati, a complemento delle prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie, i seguenti contributi:

1°-180° giorno assunzione dei costi in base al reparto ospedaliero assicurato

dal 181° giorno variante 2 + 3 80 franchi al giorno

variante 4 + 5 150 franchi al giorno

Nella HOSPITA, variante 6, le prestazioni sono accordate senza limite di somma.

Nella HOSPITA, variante 1, 7 e 8, non si erogano prestazioni.

2. Queste prestazioni sono accordate per un massimo di 720 giorni nel corso di 900 giorni consecutivi.

Art. 12 Maternità

1. Se il rischio maternità è co-assicurato, SWICA paga le stesse prestazioni come in caso di malattia. Inoltre, dopo il parto SWICA rimborsa, dall'assicurazione della madre, anche i costi di degenza e di cura del neonato, a condizione che quest'ultimo sia assicurato presso SWICA e fintanto che egli si trova in ospedale insieme alla madre.
2. Il diritto alle prestazioni in caso di maternità inizia 360 giorni dopo l'inizio dell'assicurazione.

Art. 13 Cure balneari

1. Per cure balneari prescritte da un medico, autorizzate anticipatamente da SWICA ed effettuate in Svizzera in uno stabilimento riconosciuto oppure, in casi particolari e previa autorizzazione da parte di SWICA, effettuate all'estero, SWICA accorda i seguenti contributi alle le spese di pensione e di cura per un periodo massimo di 30 giorni per anno civile:

variante 1 30 franchi al giorno

variante 2 + 3 60 franchi al giorno

variante 4 + 5 80 franchi al giorno

variante 6 100 franchi al giorno

Dalle varianti 7 + 8 non vengono corrisposte prestazioni.

2. Il presupposto per la concessione del contributo è costituito dal fatto che l'assicurato si sottoponga ad una visita medica d'entrata e d'uscita e a un trattamento intensivo balneologico e fisioterapico.
3. La domanda deve essere inoltrata a SWICA almeno 14 giorni prima dell'inizio della cura.

Art. 14 Cure di convalescenza

1. Per soggiorni di convalescenza prescritti da un medico, medicalmente necessari ed autorizzati anticipatamente da SWICA, effettuati in uno stabilimento di cura riconosciuto in conformità all'elenco SWICA, SWICA accorda i seguenti contributi alle spese di pensione, per una durata massima di 30 giorni in un anno civile:

variante 1 15 franchi al giorno

variante 2 + 3 30 franchi al giorno

variante 4 + 5 40 franchi al giorno

variante 6 50 franchi al giorno

Dalle varianti 7 + 8 non vengono corrisposte prestazioni supplementari.

2. La domanda deve essere inoltrata a SWICA almeno 14 giorni prima dell'inizio della cura.

Art. 15 Cure a domicilio

1. SWICA accorda per le cure a domicilio di un assicurato con economia domestica propria i seguenti contributi ai costi comprovati:

variante 1 30 franchi al giorno

variante 2 + 3 60 franchi al giorno

variante 4 + 5 80 franchi al giorno

variante 6 100 franchi al giorno

Dalle varianti 7 e 8 non vengono corrisposte prestazioni.

2. La necessità della cura dell'assicurato deve essere attestata da un certificato medico.
3. I contributi vengono accordati anche a familiari o parenti, a condizione che essi possano attestare che l'aiuto prestato ha comportato un'effettiva perdita di guadagno.
4. Queste prestazioni vengono accordate per un massimo di 720 giorni nel corso di 900 giorni consecutivi.

Art. 16 Aiuto domiciliare

- SWICA accorda sui costi comprovati per l'aiuto domiciliare necessario per il disbrigo dei lavori nell'economia domestica dell'assicurato, durante al massimo 60 giorni in un anno civile, i seguenti contributi:
variante 1 15 franchi al giorno
variante 2 + 3 30 franchi al giorno
variante 4 + 5 40 franchi al giorno
variante 6 50 franchi al giorno
Dalle varianti 7 + 8 non vengono corrisposte prestazioni.
- La necessità dell'aiuto domiciliare deve essere attestata da un certificato medico.
- I contributi vengono accordati anche a familiari o parenti, a condizione che essi possano attestare che l'aiuto prestato ha comportato un'effettiva perdita di guadagno.

Art. 17 Chirurgia maxillo-facciale

- Per provvedimenti di chirurgia maxillo-facciale SWICA assume i costi non coperti, in base alle tariffe del reparto comune dell'ospedale pubblico più vicino al luogo di domicilio dell'assicurato, al massimo 10000 franchi per anno civile.
- In caso di trattamenti ambulatoriali SWICA assume i costi non coperti in base alla tariffa LAINF, al massimo 10000 franchi per anno civile.
- Dalle varianti 7 + 8 non vengono corrisposte prestazioni.

Art. 18 Trasporti d'urgenza e trasferimenti

SWICA assume il 90 per cento dei costi globali effettivi (sono conteggiati gli importi di altre prestazioni) per trasporti d'urgenza o trasferimenti dovuti a necessità medica fino al medico o all'ospedale più vicino, come segue:

- variante 1 5000 franchi per anno civile
variante 2-6 illimitato

Dalle varianti 7 + 8 non sono accordate prestazioni supplementari.

Art. 19 Azioni di rimpatrio, ricerca e ricupero

- SWICA assume il 90 per cento dei costi di rimpatrio dall'estero in Svizzera, come pure dei costi comportati dalle azioni di ricerca e ricupero di un assicurato, al massimo la seguente somma per singolo evento:
variante 1 5000 franchi
variante 2-6 20000 franchi
Dalle varianti 7 + 8 non vengono corrisposte prestazioni supplementari.
Il presupposto per l'assunzione delle prestazioni summenzionate è costituito dall'intervento della centrale di soccorso SWICA.
- Per le azioni effettuate senza la sua autorizzazione, SWICA può ridurre o rifiutare le prestazioni.

IV Elenchi

Art. 20 Liste ed elenchi

All'assicurato vengono messi a disposizione le liste e gli elenchi menzionati nelle presenti condizioni.

V Premi

Art. 21 Scelta del modello di tariffa di premio

I premi sono stabiliti annualmente da SWICA in un tariffario. Fa stato la tariffa relativa al modello di tariffa di premio scelto. Coloro che stipulano l'assicurazione complementare HOSPITA, possono scegliere fra i due modelli indicati qui di seguito.

- Modello di tariffa di premio: età d'entrata
Se l'assicurato sceglie la tariffa in base all'età d'entrata, ai fini della fissazione del premio fa stato la sua età al momento della stipulazione dell'assicurazione.

- Modello di tariffa di premio: età effettiva
Se l'assicurato sceglie la tariffa in base all'età effettiva, il suo premio sarà adeguato al suo nuovo gruppo d'età all'inizio di ogni anno civile.
- Per gli assicurati che sono stati ammessi nell'assicurazione prima di compiere 18, risp. 25 anni a una tariffa speciale per bambini o per giovani, per il premio valido nell'anno d'assicurazione successivo al compimento del 18°, risp. 25° anno d'età, viene calcolata la classe tariffaria immediatamente successiva. Se l'assicurato non chiede esplicitamente di essere attribuito alla tariffa in base all'età d'entrata, viene attribuito automaticamente alla tariffa in base all'età effettiva.
- Il passaggio dalla tariffa in base all'età d'entrata alla tariffa in base all'età effettiva o viceversa deve essere richiesto dall'assicurato in forma scritta.

VI Disposizioni generali

Art. 22 Coordinazione con altre assicurazioni

- Le prestazioni previste dalle presenti condizioni vengono accordate unicamente a complemento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie e della COMPLETA TOP di SWICA. Se l'assicurazione base è stata stipulata presso un'altra compagnia, dalla HOSPITA non vengono versate prestazioni per i costi che verrebbero rimborsati dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie e dalla COMPLETA TOP, qualora queste assicurazioni fossero state stipulate presso SWICA.
- La partecipazione percentuale ai costi a carico dell'assicurato viene calcolata separatamente per ciascun ramo d'assicurazione SWICA, sempre tenendo conto dell'ammontare complessivo dei costi.

Art. 23 Diritto applicabile

A complemento delle presenti condizioni sono applicabili le Condizioni generali d'assicurazione SWICA, come pure le Condizioni complementari di eventuali assicurazioni complementari.

Appendice 1

Elenco delle operazioni per le quali deve essere richiesto a SWICA un secondo parere medico («Second Opinion») prima dell'intervento chirurgico.

Ginecologia/Ostetricia

- Isterectomia (asportazione dell'utero)
- Taglio cesareo programmato

Ortopedia

- Operazione dell'alluce valgo
- Artroplastica anca e ginocchio (impianto di articolazioni artificiali)
- Artroscopia
- Plastica ai legamenti ginocchio e caviglia

Neurochirurgia

- Operazione ernia discale

Urologia

- Prostatectomia (asportazione della prostata)

Otorinolaringoiatria

- Tonsillectomia/adenotomia

Chirurgia addominale

- Colecistectomia (asportazione della cistifellea), salvo in caso di sospetto tumore maligno

Oftalmologia

- Operazione della cataratta
- Trapianti della cornea

Altre

- Operazione delle vene varicose - scleroterapia

Assicurazione cure dentarie DENTA

I Campo d'applicazione

Art. 1 Scopo

Dall'assicurazione cure dentarie DENTA si assumono i costi dei trattamenti dentari, della sostituzione di denti e della profilassi dentaria.

Art. 2 Persone assicurabili

1. Tutte le persone che non hanno ancora compiuto il 60° anno d'età possono richiedere la stipulazione dell'assicurazione complementare DENTA.
2. Il formulario d'ammissione di SWICA deve essere compilato da un medico dentista. I costi della visita dentistica vanno a carico del richiedente.

II Estensione dell'assicurazione

Art. 3 Estensione dell'assicurazione

La DENTA può essere stipulata nelle seguenti varianti:

variante 1:

50 per cento dell'onorario del dentista, al massimo 500 franchi per anno civile

variante 2:

50 per cento dell'onorario del dentista, al massimo 1 000 franchi per anno civile

variante 3:

75 per cento dell'onorario del dentista, al massimo 1 500 franchi per anno civile

variante 4:

75 per cento dell'onorario del dentista, al massimo 2 000 franchi per anno civile

Per il calcolo delle partecipazioni percentuali, che si deve basare sui costi complessivi effettivi, si tiene conto dei contributi di tutte le assicurazioni malattia, infortuni, complementari e supplementari, come pure dei contributi di enti pubblici.

III Prestazioni

Art. 4 Prestazioni

1. SWICA assume i costi, in base alla variante d'assicurazione scelta, dei trattamenti dentari effettuati da un medico dentista diplomato.
2. Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto il 25° anno d'età, viene accordato il doppio della somma assicurata in caso di trattamenti ortopedici mascellari (ortodonzia).
3. Non sussiste alcun obbligo di prestazione per i prodotti per la cura dei denti e per trattamenti cosmetici.
4. SWICA non accorda prestazioni per le conseguenze di infortuni avvenuti prima dell'inizio dell'assicurazione.
5. In caso d'inizio dell'assicurazione durante l'anno civile, il diritto alle prestazioni (tasso massimo assicurato) viene calcolato pro rata temporis in base ai mesi assicurati.

Art. 5 Tariffa determinante

SWICA paga i trattamenti dentari effettuati in base a criteri di economicità. L'assicurato è debitore nei confronti del medico dentista.

Art. 6 Prestazioni escluse

Per i denti mancanti al momento della stipulazione dell'assicurazione, non sussiste alcun diritto a prestazioni in caso di sostituzione successiva.

IV Disposizioni generali

Art. 7 Prestazioni complementari

Le prestazioni stabilite nelle presenti condizioni vengono accordate a complemento delle prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie e, se del caso, di altre assicurazioni complementari stipulate presso SWICA. Se l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è stata stipulata presso un'altra compagnia, dalla DENTA non vengono versate prestazioni per i costi che verrebbero rimborsati dalla stessa o dalla COMPLETA TOP, qualora queste assicurazioni fossero state stipulate presso SWICA.

Art. 8 Diritto applicabile

A complemento delle presenti condizioni sono applicabili le Condizioni generali d'assicurazione SWICA, come pure le Condizioni complementari di eventuali assicurazioni complementari.

Assicurazione infortuni INFORTUNA

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

! Attuazione dell'assicurazione

SWICA Assicurazione malattia SA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, qui di seguito denominata SWICA.

Assicuratore

SWICA Assicurazioni SA, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur, qui di seguito denominata assicuratore.

I Campo d'applicazione

Art. 1 Scopo

Le presenti Condizioni complementari disciplinano l'assicurazione individuale contro gli infortuni a complemento dell'assicurazione malattia (LAMal), dell'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), dell'assicurazione militare (LAM), dell'assicurazione per l'invalidità (LAI). Le CGA valgono quale parte integrante, a condizione che esse non contraddicano le presenti Condizioni complementari.

II Scelta della variante d'assicurazione

Art. 2 Varianti d'assicurazione

L'assicurato può scegliere tra le seguenti varianti d'assicurazione:

- prestazioni in capitale in caso di decesso per infortunio;
- prestazioni in capitale in caso d'invalidità per infortunio;
- assicurazione spese di cura a complemento dell'assicurazione malattia (LAMal), dell'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), dell'assicurazione militare (LAM), dell'assicurazione per l'invalidità (LAI).

III Stipulazione dell'assicurazione

Art. 3 Stipulazione

L'assicurazione infortuni può essere stipulata fino al raggiungimento dell'età AVS. L'aumento della copertura assicurativa è parificato a una nuova ammissione.

IV Prestazione in capitale in caso di decesso/invalidità per infortunio (UTI)

Art. 4 ! Somme d'assicurazione

1. Fanno stato le somme d'assicurazione indicate sulla polizza.
2. In caso di incidente aereo, la garanzia massima accordata dall'assicuratore nell'ambito di tutte le assicurazioni infortuni vigenti per la stessa persona è limitata, se esse coprono il rischio di volo senza un premio particolare, a 500 000 franchi in caso di decesso e a 1 000 000 franchi in caso di invalidità totale (con conseguente riduzione in caso d'invalidità parziale).
3. Dopo il compimento del 70° anno d'età, valgono le seguenti somme d'assicurazione massime:
 - in caso di decesso 50 000 franchi;
 - in caso d'invalidità 100 000 franchi.Dopo il raggiungimento di questo limite d'età, le assicurazioni in vigore vengono ridotte di conseguenza.
4. Per gli assicurati che al momento dell'infortunio hanno un'età superiore ai 70 anni, la progressione dell'assicurazione invalidità viene soppressa.
5. Il capitale in caso di decesso per i bambini fino al termine del 30° mese di vita è limitato a 2 500 franchi e fino al termine del 15° anno d'età è limitato a 20 000 franchi.

Art. 5 Decesso

1. Se l'infortunio causa la morte dell'assicurato, immediatamente o entro cinque anni dall'evento stesso, l'assicuratore versa la somma d'assicurazione convenuta per il decesso ai superstiti aventi diritto e questo nell'ordine seguente:
 - a) l'intero capitale in caso di morte al coniuge superstite; in sua mancanza ai figli; in loro mancanza ai genitori, e in loro mancanza agli eredi legali, con esclusione della collettività; il coniuge e i figli di un matrimonio contratto dopo la data dell'infortunio non hanno diritto alle prestazioni;
 - b) in deroga a questo regolamento, l'assicurato può definire dei beneficiari ed escludere degli aventi diritto, tramite comunicazione scritta a SWICA; tale dichiarazione può essere revocata o modificata in qualsiasi momento, con inoltro della relativa notifica scritta a SWICA;
 - c) se dovessero mancare gli aventi diritto di cui alle lett. a) e b), l'assicuratore si assume le spese funerarie fino ad un importo massimo equivalente al dieci per cento del capitale assicurato in caso di decesso.
2. Se viene versato un capitale d'invalidità in conformità all'art. 6, esso è computato sul capitale per decesso.

Art. 6 Invalidità

1. Se l'infortunio provoca alla persona assicurata un'invalidità presumibilmente permanente entro cinque anni dall'evento, l'assicuratore versa la somma d'assicurazione convenuta, e più precisamente l'intera somma convenuta in caso d'invalidità totale e, in caso di invalidità parziale, una somma ridotta in proporzione al grado d'invalidità.
2. È considerata invalidità totale la perdita o la perdita dell'uso d'ambidue le braccia o mani, di ambedue le gambe o piedi, la perdita simultanea di un braccio o di una mano e di una gamba o di un piede, la paralisi totale, la cecità totale.
3. In caso d'invalidità parziale, la somma d'assicurazione convenuta per l'invalidità totale viene ridotta in proporzione al grado d'invalidità. Il calcolo si basa sui seguenti tassi percentuali:

Perdita di:	Grado d'invalidità:
braccio	70 %
avambraccio	65 %
mano	60 %
pollice, con parte del metacarpo	25 %
pollice, senza parte del metacarpo	22 %
falange anteriore del pollice	10 %
indice	15 %
medio	10 %
anulare	9 %
mignolo	7 %
gamba, parte superiore	60 %
gamba, parte inferiore	50 %
un piede	45 %
alluce	8 %
per ogni altro dito del piede	3 %
forza visiva di un occhio	30 %
forza visiva del secondo occhio per monocoli	50 %
udito bilaterale	60 %
udito di un orecchio	15 %
udito di un orecchio quando quello dell'altro era già completamente perso prima dell'infortunio	30 %
rene	20 %
olfatto	10 %
gusto	10 %
limitazione funzionale molto dolorosa della colonna vertebrale	50 %

In caso di perdita parziale o di perdita dell'uso, viene applicato un grado d'invalidità proporzionalmente ridotto. Per i casi non menzionati qui sopra, il grado d'invalidità viene stimato in considerazione della constatazione medica effettuata sulla base dei tassi di menomazione dell'integrità indicati nell'allegato 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF).

4. In caso di perdita o di perdita dell'uso simultanea di più parti del corpo a seguito di uno stesso infortunio, il grado d'invalidità viene calcolato addizionando i tassi percentuali; esso ammonta comunque al massimo al 100 per cento. In caso di perdita di tutte le dita di una mano, il capitale per invalidità accordato corrisponde al massimo a quello convenuto per la perdita della relativa mano.
5. Se determinate parti del corpo erano totalmente o parzialmente perse o inutilizzabili già prima dell'infortunio, all'atto della determinazione del grado d'invalidità viene dedotto il grado d'invalidità preesistente, accertato secondo i criteri succitati.
6. Per l'assicurazione invalidità in capitale, l'indennizzo avviene sotto forma di somme progressive d'assicurazione (eccezione art. 4 cpv. 4): progressione 350 per cento. L'indennizzo in caso di invalidità superiore al 25 per cento aumenta come segue:

dal %	al %	dal %	al %	dal %	al %
26	28	51	105	76	230
27	31	52	110	77	235
28	34	53	115	78	240
29	37	54	120	79	245
30	40	55	125	80	250
31	43	56	130	81	255
32	46	57	135	82	260
33	49	58	140	83	265
34	52	59	145	84	270
35	55	60	150	85	275
36	58	61	155	86	280
37	61	62	160	87	285
38	64	63	165	88	290
39	67	64	170	89	295
40	70	65	175	90	300
41	73	66	180	91	305
42	76	67	185	92	310
43	79	68	190	93	315
44	82	69	195	94	320
45	85	70	200	95	325
46	88	71	205	96	330
47	91	72	210	97	335
48	94	73	215	98	340
49	97	74	220	99	345
50	100	75	225	100	350
7. Il diritto alle prestazioni d'invalidità è accordato all'assicurato.
8. Qualora si rendesse necessaria una reintegrazione professionale a seguito di un infortunio per il quale l'assicuratore ha versato delle prestazioni, l'assicuratore si assume i relativi costi, ma al massimo fino a concorrenza del 10 per cento della somma assicurata in caso d'invalidità.

V Spese di guarigione

Art. 7 Prestazioni

L'assicurazione copre le prestazioni per le spese di guarigione non assicurate dall'assicurazione malattia (LAMal), dall'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), dall'assicurazione militare (LAM) o dall'assicurazione per l'invalidità (LAI), e cioè:

- a) i provvedimenti medici eseguiti o prescritti da un medico, da un medico dentista o da un chiropratico, titolari di un diploma federale o di un diploma estero equipollente;
- b) in caso di degenza ospedaliera SWICA assume i costi nel reparto ospedaliero privato;
- c) sono pagati i costi per trattamenti di medicina naturale riconosciuti da SWICA, se eseguiti secondo i principi della medicina

complementare da un medico, un naturopata o da personale specializzato, riconosciuti da SWICA per l'esercizio di una professione medica nell'ambito della medicina complementare.

SWICA gestisce una lista dei trattamenti riconosciuti e un elenco dei terapeuti riconosciuti. Tale lista e tale elenco vengono aggiornati continuamente e possono essere consultati dalla persona assicurata, che ne può anche richiedere estratti;

- d) i costi per una psicoterapia, prescritta da un medico, per il trattamento di una malattia psichica ed eseguita da psicoterapisti indipendenti. Lo psicoterapista deve avere una formazione specialistica riconosciuta dalla Confederazione o dal Cantone o essere membro della Associazione svizzera degli psicoterapisti (ASP);
- e) cura a domicilio prescritta da un medico ed eseguita da personale infermieristico qualificato; sono parificati a quest'ultimo le infermiere e gli infermieri messi a disposizione dalle associazioni di cura infermieristica e dalle organizzazioni di cura a domicilio, come pure gli aiuti domestici (esclusi i membri della famiglia);
- f) i costi per cure di riabilitazione e cure termali;
- g) i trattamenti medico-terapeutici all'estero;
- h) i mezzi ausiliari idonei per compensare un pregiudizio fisico o funzionale;
- i) i danni a oggetti che sostituiscono una parte del corpo o una sua funzione; per le spese di sostituzione di occhiali, apparecchi acustici e protesi dentarie esiste un diritto alle prestazioni soltanto se il pregiudizio fisico richiede delle cure;
- j) i viaggi ed i trasporti necessari per ragioni mediche, le azioni di ricerca effettivamente necessarie, come pure il trasporto della salma. I costi delle azioni di ricerca intraprese ai fini del ricupero della persona assicurata sono limitati a 20000 franchi.

Art. 8 Ospedali e stabilimenti di cura

1. Sono ospedali gli istituti o i relativi reparti la cui attività è volta al trattamento stazionario di malattie o conseguenze di infortuni, che sottostanno a una direzione medica permanente, che dispongono del necessario personale curante qualificato e di installazioni mediche appropriate.
2. Sono considerati stabilimenti di cura gli istituti la cui attività è volta al trattamento suppletivo o alla riabilitazione, che sottostanno a una direzione medica, che dispongono del necessario personale curante qualificato e di installazioni mediche appropriate.

Art. 9 Partecipazione ai costi

Le aliquote percentuali, le franchigie e le tasse riscosse dall'assicurazione malattia o dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non sono co-assicurate.

VI Disposizioni generali

Art. 10 Infortuni assicurati

1. L'assicurazione copre tutti gli infortuni professionali e non professionali che si verificano nel corso della durata contrattuale.
2. È considerato infortunio l'azione repentina, involontaria e lesiva, dovuta a fattore esterno straordinario, che colpisce il corpo umano e che ha come conseguenza un pregiudizio per la salute fisica o psichica oppure che causa la morte.
3. Le seguenti lesioni corporali, se non sono chiaramente attribuibili a una malattia o a una degenerazione, sono parificate a infortunio, anche se non dovute ad un fattore esterno straordinario:
 - a) fratture ossee;
 - b) lussazioni di articolazioni;
 - c) lacerazioni del menisco;
 - d) lacerazioni muscolari;
 - e) stiramenti muscolari;
 - f) lacerazioni dei tendini;
 - g) lesioni dei legamenti;
 - h) lesioni del timpano.

Art. 11 Esclusioni e riduzioni delle prestazioni

1. Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni in base all'art. 8 delle CGA.
2. SWICA, rispettivamente l'assicuratore, rinuncia al suo diritto legale di ridurre le prestazioni nel caso di infortuni provocati per negligenza grave dall'assicurato.

Art. 12 Concorso di conseguenze d'infortunio con malattie e infermità, come pure postumi di infortuni precedenti

Se malattie o infermità preesistenti, oppure conseguenze di infortuni precedenti che non sono state provocate dal nuovo infortunio hanno considerevolmente aggravato le conseguenze dell'infortunio, le prestazioni d'assicurazione vengono ridotte di conseguenza. Questa limitazione non viene applicata per le spese di cura.

Art. 13 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Assicurazione d'indennità giornaliera SALARIA secondo la LCA

I Basi generali del contratto

Art. 1 Quali sono le basi del presente contratto?

Le basi del presente contratto sono costituite:

1. dalle presenti Condizioni generali d'assicurazione, dalle eventuali Condizioni complementari, dalle disposizioni contenute nella polizza e da eventuali appendici;
2. dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908 per i casi che non sono definiti nelle disposizioni menzionate nel precedente cpv. 1;
3. da tutti gli accordi contrattuali stipulati in forma scritta tra SWICA e il contraente d'assicurazione o la persona assicurata.

II Estensione della copertura assicurativa

Art. 2 In che cosa consiste la copertura assicurativa?

1. SWICA accorda una copertura assicurativa contro le conseguenze economiche di una malattia o di un parto, entro i limiti delle prestazioni concordate. SWICA paga all'assicurato la perdita di salario e di guadagno subita e documentata, al massimo fino a concorrenza dell'indennità giornaliera assicurata.
2. Per le casalinghe e i casalinghi, la prova di una perdita di salario o di guadagno fino all'importo assicurato di 40 franchi non costituisce un presupposto per l'obbligo di prestazione di SWICA.

Art. 3 Che cosa intende SWICA per «malattia»?

È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica, oppure provochi un'incapacità al lavoro.

Art. 4 Chi è assicurato?

Tutte le persone che sono domiciliate in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein e che hanno già compiuto il 15°, ma non ancora il 65° anno d'età, possono stipulare l'assicurazione indennità giornaliera nel quadro della loro capacità lavorativa.

Art. 5 Dove vale l'assicurazione?

1. L'assicurazione è limitata alla Svizzera e al Principato del Liechtenstein.
2. Gli assicurati che si ammalano all'estero, hanno diritto alle prestazioni per una durata massima di dieci giorni. Restano riservate le degenze ospedaliere, purché esse siano necessarie per ragioni mediche.
3. Se un assicurato inabile al lavoro si reca all'estero senza il nostro consenso, per tutta la durata del soggiorno all'estero non sussiste alcun diritto alle prestazioni.
4. Per i frontalieri, le restrizioni in conformità ai capoversi 1-3 fanno stato soltanto se essi soggiornano al di fuori della fascia di frontiera.

Art. 6 Che cosa succede se una malattia è stata causata per negligenza grave?

SWICA rinuncia al suo diritto legale di ridurre le prestazioni nel caso in cui l'assicurato abbia causato la malattia per negligenza grave.

Art. 7 In quali casi non sussiste alcuna copertura assicurativa?

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni:

- a) per le malattie per le quali l'indennità viene erogata dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF);
- b) per i danni alla salute causati da radiazioni ionizzanti; sono però assicurati i danni alla salute causati da una radioterapia prescritta da un medico per il trattamento di una malattia assicurata;
- c) per le malattie derivanti da eventi bellici; se però l'assicurato è stato sorpreso dallo scoppio delle ostilità mentre si trovava all'estero, la copertura assicurativa cessa solo 14 giorni dopo l'inizio degli eventi bellici.

III Prestazioni d'assicurazione

Art. 8 Quando sussiste il diritto alle indennità giornaliere?

1. Se in base a quanto constatato dal medico l'assicurato è inabile al lavoro, in caso di incapacità lavorativa totale SWICA paga l'indennità giornaliera assicurata in conformità alla perdita di guadagno subita e comprovata.
2. In caso di inabilità parziale al lavoro pari almeno al 25 per cento, l'indennità giornaliera viene erogata in proporzione al grado di incapacità lavorativa.
3. Dopo ogni parto, l'obbligo di prestazione è sospeso per otto settimane. Resta riservata l'assicurazione di un'indennità per parto.

Art. 9 Che cosa intendiamo per «incapacità al lavoro»?

È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. Dopo tre mesi d'incapacità al lavoro si prendono in considerazione anche mansioni esigibili in un'altra professione o in un altro campo d'attività.

Art. 10 Come viene calcolato il periodo d'attesa, e che cosa s'intende per ricaduta?

1. Il periodo d'attesa inizia il primo giorno in cui viene attestata dal medico un'incapacità lavorativa di almeno il 25 per cento, ma al più presto tre giorni prima dell'inizio della cura medica. Il periodo d'attesa deve essere sostenuto per ogni nuovo caso di malattia. Per il calcolo del termine d'attesa, i giorni in cui l'incapacità lavorativa parziale è pari almeno al 25 per cento contano come giorni interi.
2. Per quanto concerne il periodo d'attesa e la durata delle prestazioni, sono considerati nuovi casi di malattia:

- la ricomparsa di una malattia (ricaduta), se l'assicurato non è stato inabile al lavoro a causa della stessa malattia per almeno 12 mesi;
- una nuova malattia, se dopo un'incapacità al lavoro la persona assicurata ha ripreso completamente il lavoro per almeno due mesi.

Art. 11 **Per quanto tempo viene erogata l'indennità giornaliera?**

1. L'indennità giornaliera viene versata per una durata di 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi. In caso di passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale, le prestazioni già percepite vengono computate.
2. I giorni di parziale inabilità al lavoro pari almeno al 25 per cento contano come giorni interi per il calcolo della durata delle prestazioni.
3. Se durante un caso di malattia sopravviene un altro caso di malattia, i giorni che danno diritto a prestazioni del primo caso vengono computati sulla durata delle prestazioni.
4. Dopo l'età di pensionamento AVS, l'indennità giornaliera viene versata per una durata massima di 180 giorni per tutti i casi d'assicurazione attuali e futuri, ma al massimo fino al compimento del 70° anno d'età. Se al momento del raggiungimento dell'età AVS sussiste un'incapacità al lavoro, il diritto alle prestazioni si estingue, a meno che la persona assicurata dimostri che – se non fosse venuta meno la capacità lavorativa – il rapporto di lavoro sarebbe proseguito.
5. Con l'estinzione della copertura assicurativa cessa il nostro obbligo di corrispondere prestazioni.

Art. 12 **Quando sussiste il diritto all'indennità per parto?**

1. Se nell'assicurazione è inclusa l'indennità per parto, essa viene versata per una durata di 56 giorni per ogni parto avvenuto. Il periodo d'attesa eventualmente convenuto non viene computato sulla durata delle prestazioni.
2. Se al momento del parto l'assicurazione indennità per parto a favore della madre sussiste da meno di 270 giorni civili, tale indennità non viene corrisposta.
3. Le prestazioni di un'assicurazione sociale obbligatoria vengono computate sulle prestazioni che SWICA eroga da un'assicurazione d'indennità per parto. Per tutto il tempo durante il quale un'assicurata percepisce prestazioni da un'assicurazione d'indennità per parto da SWICA o da un'assicurazione sociale obbligatoria, l'obbligo di prestazione da parte di SWICA dall'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia risulta sospeso.
4. L'indennità per parto non viene computata sulla durata delle prestazioni in conformità all'articolo 11, cpv. 1.

Art. 13 **Disoccupazione**

1. Se l'assicurato è disoccupato in conformità all'art. 10 LADI (Legge federale su l'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza), SWICA eroga le prestazioni fino a concorrenza dell'indennità di disoccupazione non percepita e secondo i seguenti criteri:
 - a) in caso di incapacità lavorativa superiore al 25 per cento, mezza indennità giornaliera;
 - b) in caso di incapacità lavorativa superiore al 50 per cento, l'intera indennità giornaliera.
2. Gli assicurati disoccupati hanno il diritto di trasformare, senza riserve e con adattamento del premio, l'indennità giornaliera esistente in una dello stesso importo con un periodo d'attesa di 30 giorni.

IV Inizio e durata della copertura assicurativa

Art. 14 **Inizio dell'assicurazione**

L'assicurazione inizia non appena SWICA consegna l'attestato d'assicurazione, oppure conferma l'accettazione della proposta, ma al più presto nel giorno convenuto e indicato nell'attestato d'assicurazione.

Art. 15 **Diritto di revoca**

1. Entro i primi sette giorni dopo la firma della proposta, il proponente ha il diritto di revocare la sua proposta. La revoca deve essere inviata con lettera raccomandata a SWICA, Direzione generale, Casella postale, 8401 Winterthur.
2. Con l'invio della dichiarazione di revoca, si estinguono – anche con effetto retroattivo – sia la copertura assicurativa provvisoria eventualmente esistente, sia la copertura assicurativa definitiva.

Art. 16 **Esclusione dalla copertura/Rifiuto**

1. Le malattie che esistono, oppure sono esistite, al momento dell'ammissione possono essere escluse (esclusione dalla copertura). Se l'esistenza di malattie è stata sottaciuta al momento dell'ammissione, l'esclusione dalla copertura può essere applicata successivamente e con effetto retroattivo. SWICA si può rifiutare di stipulare un contratto senza motivare la sua decisione.
2. Per le malattie per le quali è in vigore un'esclusione dalla copertura, non sussiste alcun diritto alle prestazioni. Lo stesso vale per le malattie la cui esistenza è stata sottaciuta al momento dell'ammissione.
3. Per ogni nuova assicurazione o aumento dell'assicurazione, SWICA può esigere una visita medica. Sottoscrivendo la proposta, il proponente autorizza SWICA a raccogliere le informazioni necessarie presso uffici pubblici, medici e terzi.
4. Qualora al momento della stipulazione del contratto dei punti importanti che la persona avente il dovere di notifica sapeva o doveva sapere fossero stati comunicati in modo non veritiero o sottaciuti, SWICA ha il diritto, entro quattro settimane dal momento in cui viene a conoscenza della violazione dell'obbligo di denuncia, di disdire il contratto mediante comunicazione scritta come pure di esigere il rimborso di tutte le prestazioni versate in relazione al caso relativo alla violazione dell'obbligo di denuncia. Il contratto termina non appena l'assicurato riceve la disdetta.
5. In caso di aumento dell'assicurazione, fanno stato le stesse disposizioni come per le nuove ammissioni.

Art. 17 **In quali casi può essere modificata l'assicurazione?**

La copertura assicurativa può essere ridotta per la fine di un mese. Se l'assicurato sta riscuotendo delle prestazioni, la riduzione dell'indennità giornaliera assicurata può avvenire solo di comune accordo.

Art. 18 **Quando si estingue l'assicurazione?**

1. L'assicurazione di indennità giornaliera può essere disdetta per la fine di un anno civile, osservando un termine di disdetta di tre mesi. La disdetta è considerata puntuale se perviene a SWICA al più tardi l'ultimo giorno prima dell'inizio del termine di disdetta trimestrale.
2. L'assicurazione di indennità giornaliera può essere disdetta dall'assicurato dopo un'incapacità lavorativa per la quale SWICA eroga delle prestazioni. Al più tardi 14 giorni dopo aver riscosso la prestazione, l'assicurato può disdire la parte corrispondente del contratto. La copertura si estingue 14 giorni dopo la ricezione della comunicazione da parte di SWICA.
3. SWICA rinuncia al suo diritto di disdire il contratto dopo la sopravvenienza di un evento assicurato, fatta eccezione per i casi di abuso assicurativo o tentato abuso. In questi casi, SWICA può disdire il contratto entro 14 giorni dopo essere venuta a conoscenza dei fatti.

4. Anche in mancanza di una disdetta, l'assicurazione si estingue automaticamente se da tre mesi l'assicurato ha trasferito all'estero il suo domicilio abituale. I frontalieri possono rimanere assicurati fintanto che percepiscono delle indennità di disoccupazione oppure, in caso di inabilità lavorativa, possono comprovare una perdita di guadagno. Essi devono disporre di un conto bancario o postale in Svizzera.
5. L'assicurazione indennità giornaliera si estingue inoltre
 - a) in caso di esaurimento del diritto alle prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione;
 - b) al raggiungimento dell'età AVS; restano riservati il proseguimento di un'attività professionale e un'abilità lavorativa totale, che in caso di malattia comporterebbe una perdita di guadagno comprovabile; l'assicurazione indennità giornaliera si estingue definitivamente se un assicurato appartenente a questa categoria ha percepito l'indennità giornaliera per una durata di 180 giorni dopo il raggiungimento dell'età AVS;
 - c) in caso di morte;
 - d) in caso di esaurimento del diritto alla riscossione delle prestazioni.

Art. 19 Che cosa accade dopo l'annullamento dell'assicurazione?

1. Le conseguenze di malattie e infortuni, come pure di eventuali ricadute o postumi, che subentrano dopo la risoluzione dell'assicurazione non sono assicurati.
2. Il diritto alle prestazioni termina in ogni caso dopo l'annullamento del contratto.

V Obblighi in caso di malattia

Art. 20 Termine per la notifica di una malattia

1. Le pretese d'indennità giornaliera devono essere notificate entro cinque giorni dopo la scadenza del termine d'attesa. Se però è stato convenuto un termine d'attesa superiore ai 30 giorni, la notifica deve avvenire al più tardi dopo 30 giorni di inabilità lavorativa. Insieme alla notifica deve essere presentato un certificato medico. I relativi costi vanno a carico dell'assicurato.
2. Se la notifica avviene in ritardo, il giorno in cui questa viene inoltrata è considerato come primo giorno dell'incapacità lavorativa.
3. Se la malattia dura più di un mese, SWICA necessita di un certificato medico mensile che attesti il grado e la durata dell'inabilità lavorativa. In questo caso, SWICA versa l'indennità giornaliera a scadenze mensili.

Art. 21 Obblighi dell'assicurato

L'assicurato è tenuto a fare tutto ciò che può servire all'accertamento della malattia e delle sue conseguenze. In osservanza dell'obbligo di riduzione del danno, l'assicurato evita qualsiasi attività incompatibile con l'inabilità lavorativa, risp. con la riscossione di indennità giornaliere, e che potrebbe rallentare il processo di guarigione. I medici che curano o hanno curato l'assicurato devono essere svincolati dal segreto professionale nei confronti di SWICA.

Art. 22 Consultazione di un medico autorizzato

1. Non appena si manifesta la malattia, l'assicurato deve consultare al più presto possibile un medico autorizzato e sottoporsi alle cure necessarie del caso. L'assicurato deve attenersi alle istruzioni del medico e del personale sanitario.
2. SWICA ha il diritto di esigere che l'assicurato si sottoponga a una visita da parte di un medico scelto da SWICA. In questo caso, SWICA assume le spese di viaggio del mezzo di trasporto pubblico più conveniente, come pure eventuali altre spese in conformità alle direttive della SUVA.

3. SWICA ha il diritto di visitare i pazienti e di esigere dei giustificativi, delle informazioni e in particolare dei certificati medici supplementari.
4. Se una persona assicurata si sottrae o si oppone a un trattamento ragionevolmente esigibile o a un reinserimento nella vita professionale che promette un notevole miglioramento della capacità di guadagno o una nuova possibilità di guadagno, oppure se la persona assicurata non offre spontaneamente un contributo ragionevolmente esigibile, le prestazioni possono essere temporaneamente o durevolmente ridotte, oppure rifiutate.

Art. 23 Obbligo di riduzione del danno

1. Se un assicurato risulta inabile al lavoro nella sua professione abituale, entro tre mesi egli è tenuto a cercare lavoro in un altro settore d'attività, oppure ad annunciarsi presso l'assicurazione invalidità, risp. all'assicurazione disoccupazione.
2. Se l'abilità lavorativa residua non viene sfruttata, il calcolo dell'indennità giornaliera avviene considerando l'obbligo di riduzione del danno che incombe all'assicurato.
3. Se l'assicurato omette di annunciarsi all'assicurazione disoccupazione, risp. all'assicurazione invalidità, SWICA è autorizzata a sospendere le prestazioni d'indennità giornaliera. Il calcolo di possibili indennità giornaliere avviene considerando le prestazioni che devono presumibilmente essere erogate da queste assicurazioni.

Art. 24 Che cosa accade se l'assicurato ha diritto anche a prestazioni di terzi?

1. Se l'assicurato ha diritto anche a prestazioni di assicurazioni statali o aziendali, oppure se tali prestazioni sono state erogate da un terzo civilmente responsabile, SWICA le completa fino a concorrenza dell'indennità giornaliera assicurata.
2. Se il diritto a una rendita AI non è ancora stato accertato, SWICA può anticipare in via facoltativa l'indennità giornaliera assicurata. In questo caso, a partire dal giorno d'inizio del diritto alla rendita, SWICA chiede il rimborso delle prestazioni versate in eccesso. L'eventuale anticipo delle prestazioni viene accordato con l'espressa riserva di un computo con il versamento successivo di una rendita AI. Il computo avviene nella misura della rendita AI assegnata per lo stesso periodo e può avvenire senza ulteriore autorizzazione da parte dell'assicurato.
3. Nel quadro di prestazioni anticipate facoltative, SWICA accorda dei pagamenti di indennità giornaliere volte a coprire la perdita di guadagno in luogo di un terzo civilmente responsabile soltanto previa cessione scritta dei diritti dell'assicurato o dell'avente diritto fino a concorrenza delle sue prestazioni.
4. Se per la copertura della perdita di guadagno esistono diverse assicurazioni presso società concessionarie, la perdita di guadagno assicurata nel quadro del presente contratto viene coperta soltanto proporzionalmente alle prestazioni garantite dall'insieme di tutti gli assicuratori in questione.
5. Se l'assicurato stipula un accordo con terzi senza l'autorizzazione di SWICA, l'obbligo di prestazione di quest'ultima decade.
6. SWICA non è soggetta all'obbligo di prestazione se l'assicurato non fa valere tempestivamente il suo diritto nei confronti di un terzo, oppure se non si preoccupa della relativa riscossione.
7. L'assicurato è tenuto a informare immediatamente SWICA in merito al genere e all'entità di tutte le prestazioni di terzi.

Art. 25 Conseguenza dell'inosservanza degli obblighi in caso di malattia

In caso d'inosservanza degli obblighi in conformità agli art. 20–24, SWICA ha il diritto di ridurre o rifiutare le prestazioni, a meno che venga dimostrato che tale inosservanza non ha esercitato alcun influsso sull'accertamento della malattia e delle sue conseguenze, oppure che non era colposa.

VI Premi

Art. 26 Quando devono essere pagati i premi?

I premi sono dovuti in franchi svizzeri entro il primo giorno del mese di un periodo di pagamento.

Art. 27 Pagamento ritardato

1. Se il premio non giunge a SWICA entro un mese dopo la scadenza, SWICA diffida l'assicurato per iscritto, ingiungendogli di effettuare il pagamento entro 14 giorni a decorrere dalla data di spedizione del richiamo. Se la diffida resta senza effetto, l'obbligo di prestazione è sospeso a decorrere dalla scadenza del termine fissato nella diffida.
2. SWICA è autorizzata ad esigere il rimborso delle spese causate dagli assicurati in mora, quali i costi delle diffide, delle esecuzioni, ecc., o di computarle con eventuali pretese di rimborso.

VII Disposizioni supplementari

Art. 28 Assicurazione infortuni

1. Se è stata stipulata un'assicurazione indennità giornaliera per infortuni, a complemento dell'art. 2 delle presenti CGA SWICA accorda la copertura assicurativa anche contro le conseguenze economiche di infortuni, lesioni corporali paragonabili all'infortunio e malattie professionali.
2. Sono assicurati gli infortuni professionali, le lesioni corporali paragonabili all'infortunio, le malattie professionali e gli infortuni non professionali che si verificano, rispettivamente vengono causati, nel corso della durata contrattuale di questa assicurazione complementare. Per gli infortuni, le lesioni corporali paragonabili all'infortunio e le malattie professionali valgono i termini definiti dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF).
3. Se l'assicurato ha causato l'infortunio mentre stava commettendo un delitto, l'indennità giornaliera assicurata viene ridotta in conformità alla prassi LAINF.
4. Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurate per gli infortuni:
 - a) che l'assicurato ha causato intenzionalmente;
 - b) conseguenti a terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
 - c) conseguenti ad eventi bellici in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
 - d) conseguenti ad eventi bellici all'estero; se però l'assicurato viene sorpreso dalle ostilità nel paese in cui soggiorna, la copertura assicurativa resta in vigore ancora per 14 giorni a decorrere dallo scoppio delle ostilità;
 - e) verificatisi nel corso di un servizio militare all'estero;
 - f) conseguenti a crimini o delitti o relativi tentativi perpetrati dall'assicurato;
 - g) conseguenti a disordini di ogni genere o alle contromisure prese a tale riguardo, a meno che l'assicurato dimostri di non aver partecipato attivamente all'operato degli istigatori e di non aver fomentato i tumulti;
 - h) conseguenti alla partecipazione a corse di veicoli a motore e rally, comprese le prove;
 - i) per i danni alla salute causati da radiazioni ionizzanti di ogni genere; sono però assicurati i danni alla salute causati da una radioterapia prescritta dal medico a causa di un infortunio assicurato; sono pure assicurati i danni alla salute provocati da radiazioni ionizzanti in relazione con l'attività professionale per l'azienda assicurata, a condizione che sussista l'obbligo di corrispondere prestazioni in virtù della LAINF.
5. Per il resto, si applicano per analogia le disposizioni delle presenti CGA e del contratto.

Art. 29 Luogo d'adempimento e foro competente

1. Gli obblighi derivanti dal presente contratto devono essere adempiuti in Svizzera e in valuta svizzera. L'assicurato si impegna ad indicarci un conto bancario o postale svizzero quale recapito per i pagamenti.
2. Quale foro competente, l'assicurato può scegliere il foro competente ordinario, oppure il suo domicilio in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

Art. 30 Imposta alla fonte

Nel caso degli assicurati che soggiacciono all'imposta alla fonte, l'imposta viene detratta dalle prestazioni.

Art. 31 Compensazione e restituzione

Su richiesta scritta, l'assicurato è tenuto a rimborsare a SWICA le indennità giornaliere versate erroneamente. A favore di SWICA esiste un diritto di compensazione. All'assicurato non è riconosciuto alcun diritto di compensazione.

Art. 32 Divieto di cessione e di costituzione in pegno

I crediti nei confronti di SWICA non possono essere né ceduti, né costituiti in pegno. Le cessioni o le costituzioni in pegno di crediti di questo genere non possono essere realizzate nei confronti di SWICA.

Art. 33 A chi devono essere indirizzate le comunicazioni?

1. Tutte le comunicazioni possono essere recapitate all'agenzia o alla direzione regionale competente, oppure alla Direzione generale SWICA a Winterthur.
2. Le comunicazioni da parte di SWICA agli assicurati avvengono legalmente all'ultimo indirizzo noto in Svizzera.

Glossario

Le presenti definizioni costituiscono parte integrante delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

Accordo di libera circolazione delle persone

Accordo concernente le relazioni fra la Svizzera e gli Stati UE/AELS, entrato in vigore l'01.06.2002. A seguito dell'attuazione della libera circolazione delle persone, per i cittadini degli Stati UE/AELS e gli Svizzeri valgono le stesse condizioni di vita, occupazione e lavoro, e ciò tanto in Svizzera quanto nei Paesi dell'UE e dell'AELS.

Aliquota percentuale

L'aliquota percentuale nell'assicurazione di base è la quota di partecipazione ai costi che l'assicurato deve assumere per trattamenti medici o medicinali. Di regola ammonta al 10 per cento ed è limitata ad un importo massimo. Bambini e giovani fino ai 18 anni pagano al massimo 350 franchi all'anno di aliquota percentuale, gli adulti al massimo 700 franchi.

L'aliquota percentuale nell'assicurazione di base ammonta al 20 per cento se, senza motivo medico, si impiegano i costosi preparati originali in luogo dei più convenienti farmaci generici.

Nelle assicurazioni complementari la partecipazione ai costi è un importo fisso che l'assicurato deve assumere personalmente in caso di trattamento medico (a carico di un'assicurazione complementare).

Per ulteriori spiegazioni vedere sotto «Partecipazione ai costi».

Anno d'assicurazione

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

Assicurazione base

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

Assicurazione complementare

In aggiunta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione base), esistono delle assicurazioni complementari che possono essere stipulate individualmente. Gli assicuratori hanno tuttavia la facoltà di respingere delle proposte d'assicurazione, oppure di applicare una riserva.

Care Management

SWICA dispone di un Care Management con oltre 50 specialisti. Questi assistono i nostri assicurati in caso di malattia o infortunio. Essi risolvono compiti organizzativi e accompagnano i pazienti verso la loro guarigione, evitando lunghe assenze o persino l'invalidità.

Chirurgia maxillo-facciale

La chirurgia maxillo-facciale comprende gli interventi ai mascellari quando la crescita del corpo è terminata, risp. dei mascellari è terminata ed esiste una grave posizione sbagliata delle ossa del mascellare inferiore o/e del mascellare superiore che non può essere riparata con misure semplici.

Non rientrano nel concetto di chirurgia maxillo-facciale la chirurgia proimplantologica e preprotetica della bocca e l'eventuale necessario ispessimento del tessuto osseo (rialzo mascellare con innesto osseo). In questo caso si tratta di una preparazione immediata per una protesi dentaria che è considerata trattamento dentale.

DFI

Dipartimento federale dell'interno.

Elenchi e liste

Tutti gli elenchi e le liste di fornitori di prestazioni citati nelle condizioni d'assicurazione, rilevanti per la determinazione delle prestazioni, possono essere messi a disposizione degli assicurati. Gli assicurati ricevono in ogni momento, dal servizio clienti SWICA, estratti secondo i loro desideri (ad es. terapisti di un determinato ambito e di una regione). Il contenuto degli elenchi e delle liste disponibili online (www.swica.ch) è costantemente aggiornato.

Per la determinazione del diritto a prestazioni si fa riferimento agli elenchi e alle liste validi al momento in cui si è ottenuta la relativa prestazione.

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 figurano nell'ES devono essere rimborsati dagli assicuratori malattia, a condizione che essi siano stati prescritti per curare l'affezione registrata nell'ES.

Elenco negativo

L'elenco negativo è un'enumerazione di rimedi che SWICA non rimborsa. Esso comprende: l'EPPA (Elenco dei preparati farmaceutici per applicazione speciale), i medicinali che non sono registrati da Swissmedic, gli integratori alimentari, ecc. Per tutte le domande connesse all'assunzione dei costi, siete pregati di rivolgervi alla vostra agenzia o direzione regionale.

Elenco SWICA degli ospedali/Lista SWICA degli ospedali

Elenco e lista degli ospedali che l'assicurato può scegliere per i trattamenti a cui deve sottoporsi. Il servizio clienti SWICA è sempre disponibile per fornire agli assicurati estratti secondo i loro desideri individuali (ad es. gli ospedali di una determinata regione). Il contenuto degli elenchi e delle liste scaricabili online (www.swica.ch) è costantemente aggiornato.

EMAp

Elenco dei mezzi e degli apparecchi (apparecchi acustici, stampelle, ecc.) che gli assicuratori malattia devono rimborsare come prestazione obbligatoria nel quadro dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie.

Emergenza

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

EPPA

(Elenco dei preparati farmaceutici per applicazione speciale)

Elenco dei medicinali che gli assicuratori malattia non assumono né dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, né dalle assicurazioni complementari ai sensi della LCA.

Esclusione dalla copertura

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

FINMA

Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari. È subordinato al Dipartimento federale delle finanze (DFF).

Fornitore di prestazioni

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

Franchigia

La franchigia è uno dei due elementi della partecipazione personale ai costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'ammontare della franchigia (annua) imposta dalla legge o opzionale definisce quale importo fisso l'assicurato deve pagare ogni anno personalmente per prestazioni mediche. La franchigia stabilita dalla legge per le persone adulte a partire dai 19 anni è di 300 franchi all'anno. I primi 300 franchi che il paziente deve assumere personalmente se fa ricorso a prestazioni mediche di medici, farmacisti, ecc. Per bambini e giovani al di sotto dei 18 anni non viene prelevata alcuna franchigia annua.

L'assicurato può scegliere facoltativamente una franchigia più elevata (franchigia opzionale) e per questo ottiene un ribasso sul premio dell'assicurazione di base. Anche per bambini e giovani al di sotto dei 18 anni si possono stipulare franchigie opzionali.

Ulteriori spiegazioni si trovano sotto «Partecipazione ai costi».

Garanzia di assunzione dei costi

Dichiarazione dell'assicuratore malattia, con la quale esso acconsente al pagamento di un trattamento previsto per l'assicurato. Prima di un ricovero in ospedale è importante chiedere una garanzia di assunzione dei costi al competente servizio clienti.

Generici

I preparati generici sono farmaci che contengono lo stesso principio attivo come i rimedi originali. Essi sono preparati imitatori e possono essere posti in commercio soltanto dopo la decorrenza del brevetto dei rispettivi prodotti originali.

Infortunio

È considerato infortunio un evento fortuito, violento ed esterno, che provoca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che compromettono la salute fisica, mentale o psichica, oppure hanno come conseguenza la morte.

LAINF

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

LAMal

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

LCA

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

LPGA

Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000, in vigore dal 1° gennaio 2003.

Malattia

È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica, oppure provochi un'incapacità al lavoro.

Maternità

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

Medicina classica/tradizionale

La medicina appresa durante gli studi universitari. La medicina classica/tradizionale 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 pubblica un elenco dei terapisti riconosciuti. Il servizio clienti SWICA è disponibile in ogni momento per fornire agli assicurati estratti dell'elenco secondo i desideri individuali (ad es. terapisti per una determinata specializzazione e/o in una determinata regione). Il contenuto dell'elenco scaricabile online (www.swica.ch) viene costantemente aggiornato.

OAMal

Ordinanza sull'assicurazione malattie del 27 giugno 1995, in vigore dal 1° gennaio 1996.

Partecipazione ai costi

Quando un assicurato usufruisce di prestazioni mediche (come ad esempio una visita medica, medicinali, trattamenti di terapisti), egli deve assumere personalmente una parte di questi costi. Questa parte pagata personalmente dal paziente è detta partecipazione ai costi e consiste in:

- la franchigia dell'assicurazione di base
- l'aliquota percentuale dell'assicurazione di base
- la partecipazione ai costi dell'assicurazione complementare.

La partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale) viene conteggiata su tutte le assicurazioni stipulate presso SWICA. Questo è un notevole vantaggio di SWICA rispetto alla concorrenza. Presso SWICA le partecipazioni ai costi di tutte le assicurazioni stipulate si sommano.

Premio

Il premio è la contropartita versata dal contraente l'assicurazione per la concessione della copertura assicurativa da parte dell'assicuratore. In considerazione delle differenze fatte registrare dai costi della salute, i premi possono variare a dipendenza del cantone o della regione. Per gli assicurati fino a 18 anni compiuti (bambini e giovani), nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'assicuratore deve fissare un premio più basso. Gli assicuratori possono fare la stessa cosa per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 25 anni. 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, il proponente, nelle domande sullo stato di salute non risponde in modo veritiero o risponde in modo incompleto. Ossia se un fatto rilevante ai fini della valutazione del rischio, che l'assicurato conosce o deve conoscere, non viene dichiarato.

Ricaduta

La riapparizione di una malattia.

Riduzione dei premi

Le persone che vivono in condizioni economiche modeste hanno diritto a una riduzione dei premi nell'ambito dell'assicurazione base. La competenza in questa materia varia da cantone a cantone. Per chiarire il vostro diritto, vi consigliamo di rivolgervi al vostro comune di domicilio.

Rimpatrio

Viene organizzato un rimpatrio se per motivi medici non è possibile il viaggio di ritorno in patria con mezzi pubblici o privati. Il trasporto di rientro in patria avviene generalmente con l'accompagnamento di un medico, ad es. con ambulanza, lettiga o jet.

Second Opinion/Secondo parere medico

Se nutrite dei dubbi a proposito della necessità o dell'opportunità di un trattamento o di un intervento chirurgico, potete richiedere un secondo parere medico a un medico specialista autorizzato.

Swissmedic (ex UICM)

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.

Termine di disdetta/Termine per un cambiamento

Il termine di disdetta o per un cambiamento è il periodo di tempo che deve trascorrere tra l'annuncio della disdetta/la richiesta di un cambiamento e la data in cui questi diventano effettivi. Per essere valida, la disdetta deve pervenire a SWICA, per scritto, entro l'ultimo giorno lavorativo prima della decorrenza del termine.

Trattamento ambulatoriale

Intervento o trattamento senza pernottamento in ospedale, risp. per il quale la degenza in ospedale dura meno di 24 ore.

Trattamento stazionario

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

UFAP

Ufficio federale delle assicurazioni private. È subordinato al Dipartimento federale delle finanze.

Urgenza

Si parla d'urgenza quando un trattamento è improrogabile dal punto di vista medico.