


ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

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

Edizione 2023, valide dal 01.01.2023

INFORMAZIONE AI CLIENTI

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

Nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione e nelle Condizioni complementari, prestate attenzione ai punti segnalati con questo simbolo: 

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

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

SOMMARIO.

| | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| Condizioni generali d'assicurazione | 4 | Assicurazione ospedaliera HOSPITA | 20 |
| I. In generale..... | 4 | I. Campo d'applicazione | 20 |
| II. Estensione dell'assicurazione e relative definizioni ... | 4 | II. Estensione dell'assicurazione..... | 20 |
| III. Durata del contratto e disdetta | 6 | III. Prestazioni | 22 |
| IV. Pagamento dei premi | 6 | IV. Liste ed elenchi | 25 |
| V. Modifica dei premi e adeguamento del contratto ... | 7 | V. Premi..... | 25 |
| VI. Obblighi e giustificazioni incombenti all'avente diritto | 8 | VI. Disposizioni generali | 25 |
| VII. Disposizioni varie | 9 | Assicurazione cure dentarie DENTA | 26 |
| VIII. Trattamento dei dati | 11 | I. Campo d'applicazione | 26 |
| IX. Disposizioni finali | 12 | II. Estensione dell'assicurazione..... | 26 |
| Assicurazioni complementari | | III. Prestazioni | 26 |
| COMPLETA TOP e COMPLETA PRAEVENTA | 13 | IV. Disposizioni generali..... | 27 |
| I. Campo d'applicazione | 13 | Assicurazione contro gli infortuni | |
| II. Estensione dell'assicurazione..... | 13 | INFORTUNA | 28 |
| III. Prestazioni COMPLETA TOP in Svizzera | 13 | Condizioni generali d'assicurazione (CGA) | 28 |
| IV. Prestazioni COMPLETA TOP all'estero | 15 | I. Campo d'applicazione | 28 |
| V. Prestazioni COMPLETA PRAEVENTA | 16 | II. Scelta della variante d'assicurazione..... | 28 |
| VI. Partecipazione ai costi | 16 | III. Stipulazione dell'assicurazione..... | 28 |
| VII. Disposizioni generali..... | 16 | IV. Prestazione in capitale in caso di decesso/invalidità per infortunio (UTI)..... | 28 |
| Assicurazione complementare | | V. Spese di guarigione..... | 30 |
| SUPPLEMENTA | 17 | VI. Disposizioni generali | 31 |
| I. Campo d'applicazione | 17 | Assicurazione d'indennità giornaliera | |
| II. Estensione dell'assicurazione..... | 17 | SALARIA secondo la LCAs | 32 |
| III. Prestazioni | 17 | I. Basi generali del contratto | 32 |
| IV. Disposizioni generali..... | 17 | II. Estensione della copertura assicurativa | 32 |
| Assicurazione complementare OPTIMA | 18 | III. Prestazioni d'assicurazione | 33 |
| I. Campo d'applicazione | 18 | IV. Inizio e durata della copertura assicurativa | 34 |
| II. Estensione dell'assicurazione..... | 18 | V. Obblighi in caso di malattia | 35 |
| III. Prestazioni | 18 | VI. Premi..... | 37 |
| IV. Partecipazione ai costi | 19 | VII. Disposizioni supplementari | 37 |
| V. Disposizioni generali | 19 | Glossario. | 39 |

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE.

I. IN GENERALE

❗ Assicuratore nelle assicurazioni complementari è, se non indicato diversamente nelle Condizioni complementari, SWICA Assicurazioni SA, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur (qui di seguito denominata «SWICA»).

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

Un'assicurazione complementare con SWICA può essere stipulata esclusivamente da una persona avente domicilio legale in Svizzera.

Se necessitate di una consulenza assicurativa oppure di prestazioni da una delle vostre assicurazioni, rivolgetevi a SWICA. L'indirizzo del servizio clienti competente si trova sulla vostra polizza d'assicurazione.

ART. 2 DI COSA SI COMPONE IL CONTRATTO?

1. Il contratto d'assicurazione – per le persone assicurate a titolo sia individuale che collettivo – si compone dei seguenti documenti:
 - a) la vostra proposta d'assicurazione
 - b) la polizza d'assicurazione
 - c) le presenti Condizioni generali d'assicurazione
 - d) le Condizioni complementari
 - e) gli eventuali patti speciali
2. Per le assicurazioni complementari è applicabile la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). In caso di contraddizione tra le CGA/CC e disposizioni imperative della LCA, prevalgono queste ultime. Le disposizioni non vincolanti della LCA si applicano solo nella misura in cui le presenti CGA/CC non contengano disposizioni divergenti.

3. Le presenti CGA/CC si basano sulla LCA con modifica del 19 giugno 2020 (in vigore dal 1° gennaio 2022) e valgono per tutti gli stipulanti (anche in caso di stipulazione del contratto antecedente il 1° gennaio 2022), a condizione che in queste CGA/CC non siano stabilite regolamentazioni divergenti.

II. ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE E RELATIVE DEFINIZIONI

ART. 3 CHE COS'È ASSICURATO?

Sono assicurabili le conseguenze finanziarie di malattia, infortunio e/o maternità nonché i costi di misure di promozione della salute e prevenzione, in conformità alle rispettive Condizioni complementari per le assicurazioni complementari secondo la LCA.

Nel caso di autoterapie e trattamenti forniti da familiari, l'obbligo di prestazione sussiste solo se SWICA ha preliminarmente rilasciato una garanzia di assunzione dei costi (per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo).

Per quanto riguarda le liste e gli elenchi di ulteriori prestazioni e fornitori di prestazioni, pubblicati da SWICA, si rimanda al successivo art. 7.

ART. 4 QUALI PRESTAZIONI SONO ASSICURABILI?

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

*Per una migliore leggibilità, in questo documento viene utilizzata solo la forma maschile. Questo vale per tutti i termini specifici di genere nel documento.

ART. 5 DEFINIZIONI E APPLICAZIONE DELLE CGA

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

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

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

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

ART. 6 ! QUALI TRATTAMENTI SONO PAGATI?

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

ART. 7 ! LISTE ED ELENCHI, E LORO VALIDITÀ

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

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

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

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

1. conseguenze di eventi bellici
 - a) in Svizzera
 - b) all'estero; se tuttavia lo stipulante viene sorpreso dallo scoppio di eventi bellici nel Paese in cui soggiorna, la copertura assicurativa resta ancora in vigore per 14 giorni a decorrere dall'inizio delle ostilità;
2. conseguenze di disordini di ogni genere e dei provvedimenti intrapresi contro quest'ultimi, a meno che lo stipulante possa provare di non aver preso parte attiva ad essi o per istigazione dei simpatizzanti;
3. servizio militare in un esercito straniero;
4. terremoti o cadute di meteoriti;
5. in occasione o quale conseguenza del compimento di crimini o delitti, o del tentativo di compierli;
6. conseguenze della partecipazione a risse o tumulti, a meno che lo stipulante sia stato ferito dai ribelli pur non avendo preso parte attiva nell'accaduto, oppure nel tentativo di soccorrere una persona indifesa;
7. conseguenze di pericoli cui lo stipulante si espone provocando terze persone;
8. danni alla salute riconducibili a pericoli straordinari (art. 49 OAINF) e atti temerari (art. 50 OAINF) sostenuti dallo stipulante; la valutazione dei pericoli straordinari e degli atti temerari avviene sulla base delle disposizioni legali e della giurisprudenza in materia di assicurazione sociale contro gli infortuni;
9. danni alla salute derivanti dalla partecipazione a corse con mezzi a motore di ogni genere, come pure agli allenamenti per tali corse;
10. malattie o infortuni risultanti da radiazioni ionizzanti o danni da radiazioni nucleari;
11. provocazione intenzionale di un evento assicurato da parte della persona assicurata o di altra persona avente diritto;
12. trattamenti terapeutici conseguenti all'abuso di medicinali, droghe, alcool; l'abuso di queste sostanze che creano dipendenza non è considerato espressamente quale malattia, e di conseguenza non implica alcun obbligo di prestazioni da parte di SWICA;
13. trattamenti puramente estetici, cosmetici, di chirurgia estetica o simili, e conseguenze di tali trattamenti.

ART. 9 NEGLIGENZA GRAVE

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

III. DURATA DEL CONTRATTO E DISDETTA


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

Il contratto è valido non appena SWICA rilascia la polizza d'assicurazione, oppure conferma l'accettazione della proposta per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, ma non prima della data concordata. Le conseguenze di infortuni e malattie sono coperte soltanto se gli infortuni si verificano e le malattie si manifestano per la prima volta dopo l'inizio dell'assicurazione.

ART. 11 QUAL È LA DURATA DELL'ASSICURAZIONE?


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

ART. 12 QUANDO PUÒ ESSERE SCIOLTA L'ASSICURAZIONE?

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

5. Il contratto può essere disdetto in qualsiasi momento per gravi motivi (p. es. ogni circostanza che non consenta, per ragioni di buona fede, di esigere la continuazione del contratto da parte del recedente).
6. In caso contrario l'assicurazione cessa per decesso dello stipulante o rescissione del contratto.
7. La disdetta deve avvenire per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.

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


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

IV. PAGAMENTO DEI PREMI

ART. 14 QUANDO DEVONO ESSERE PAGATI I PREMI?

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

ART. 15 RITARDO NEI PAGAMENTI

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

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

V. MODIFICA DEI PREMI E ADEGUAMENTO DEL CONTRATTO

ART. 16 POSSONO SUBENTRARE MODIFICHE NEL RAPPORTO CONTRATTUALE?

Se successivamente alla stipulazione del contratto d'assicurazione subentrano dei cambiamenti nella legislazione dell'assicurazione LAMal o nell'offerta di prestazioni (p. es. se si affermano nuovi sviluppi nel campo della medicina o nuove terapie con un impatto significativo sul rapporto assicurativo, si amplia il numero di fornitori di prestazioni o si affermano nuovi tipi di fornitori di prestazioni), SWICA può adeguare le Condizioni complementari nell'ambito delle assicurazioni complementari. Ciò vale anche in caso di importanti nuove scoperte nel campo della scienza e della ricerca. SWICA può inoltre aumentare o ridurre i premi in conformità all'evoluzione dei costi. A questo fine, SWICA deve rendere note le nuove condizioni contrattuali al più tardi 30 giorni prima della fine dell'anno civile. In tal caso, lo stipulante ha il diritto di disdire la parte del contratto interessata dalla modifica per la fine dell'anno civile in corso. Per essere considerata valida, la disdetta deve avvenire per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo e pervenire entro l'ultimo giorno lavorativo dell'anno civile entro le ore 17 alla ricezione di SWICA (la data sul timbro postale non fa fede). Se lo stipulante omette di disdire il contratto, si ritiene che abbia accettato l'adeguamento del contratto.

ART. 17 MODELLI DI TARIFFA DI PREMIO

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

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

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

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

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

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

VI. OBBLIGHI E GIUSTIFICAZIONI INCOMPONENTI ALL'AVENTE DIRITTO

ART. 19 COME POTETE OTTENERE I VOSTRI RIMBORSI?

1. Costi di trattamenti terapeutici
SWICA versa quanto vi spetta, entro 30 giorni dal ricevimento di tutte le informazioni necessarie e rilevanti, sul vostro conto bancario o postale, se procedete come segue:
 - a) Costi per trattamenti ambulatoriali
Le fatture e i giustificativi devono essere trasmessi a SWICA in via continuativa.
 - b) Costi per trattamenti ospedalieri
Se dovete essere ricoverati in ospedale, in una clinica specialistica o se dovete sottoporvi a una cura, siete tenuti a presentare a SWICA – entro i 14 giorni precedenti la data di ricovero prevista, e nei casi d'urgenza entro i 14 giorni successivi la data del ricovero – una richiesta di garanzia di assunzione dei costi. Entro un termine di 10 giorni dalla ricezione della richiesta completa, SWICA rilascia una decisione in merito all'obbligo di prestazione. L'obbligo di prestazione sussiste se SWICA ha rilasciato una garanzia di assunzione dei costi per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo. Le fatture devono essere inoltrate a SWICA entro un anno.
Se disponete di altre assicurazioni che coprono i costi per trattamenti ospedalieri o ambulatoriali (assicurazioni complementari, assicurazione obbligatoria contro gli infortuni o un'altra assicurazione malattia), dovete inoltrare a SWICA, oltre ai documenti succitati, anche i conteggi dei rispettivi assicuratori (p. es. cassa malati, SUVA ecc.).
2. Le prestazioni in capitale devono essere fatte valere in conformità alle Condizioni complementari.
3. I pagamenti di cui ai numeri 1 e 2 sono effettuati in franchi svizzeri su un conto bancario o postale in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

4. Diritto d'informazione
In base al diritto d'informazione, SWICA è autorizzata a richiedere documenti giustificativi e altre informazioni, in particolare di carattere medico. Lo stipulante accorda a SWICA il diritto di richiedere direttamente i relativi atti, documenti e informazioni, come pure la possibilità di ordinare una visita presso un medico o un terapeuta designato da SWICA, allo scopo di accertare il diritto alle prestazioni. Lo stipulante deve inoltre fornire, in modo veritiero, tutte le informazioni inerenti a un caso specifico oppure a malattie e infortuni preesistenti. Lo stipulante esonera da ogni segreto professionale nei confronti di SWICA in particolare tutti i medici/terapisti, gli uffici pubblici, gli assicuratori e gli avvocati che l'hanno curato, assistito o assicurato. Per gli stipulanti minorenni, l'osservanza degli obblighi deve essere garantita dai detentori dell'autorità parentale oppure dagli stipulanti.

ART. 20 CONSEGUENZE IN CASO DI VIOLAZIONE DEGLI OBBLIGHI CONTRATTUALI

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

VII. DISPOSIZIONI VARIE

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

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

ART. 22 DIRITTO DI REVOCA

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

ART. 23 ⓘ ESCLUSIONE DALLA COPERTURA/RIFIUTO

Le malattie e le conseguenze d'infortunio esistenti al momento dell'ammissione o preesistenti possono essere escluse dall'assicurazione complementare mediante l'applicazione di un'esclusione dalla copertura. Qualora malattie o infortuni siano stati sottaciuti al momento dell'ammissione, l'esclusione dalla copertura potrà essere applicata con effetto retroattivo. Nell'ambito dell'assicurazione complementare, SWICA può rifiutare una richiesta di stipulazione di un contratto senza fornire alcuna moti-

vazione. Se è in vigore un'esclusione dalla copertura, non sussiste alcun diritto a prestazioni per le malattie o gli infortuni sottoposti alla riserva stessa. Lo stesso vale per le malattie e gli infortuni che erano stati sottaciuti al momento dell'ammissione. Per ogni nuova assicurazione o aumento assicurativo SWICA può richiedere una visita medica. Sottoscrivendo la proposta, il proponente autorizza SWICA a raccogliere le informazioni necessarie presso uffici pubblici, medici e terzi.

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

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

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

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

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

ART. 26 COMPENSAZIONE E RIMBORSO

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

ART. 27 DIVIETO DI CESSIONE E DI COSTITUZIONE IN PEGNO

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

ART. 28 PROPOSTA UNIFICATA (CONFIGURAZIONE FAMILIARE)

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

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

VIII. TRATTAMENTO DEI DATI

ART. 29 TRATTAMENTO DEI DATI DA PARTE DI SWICA

1. SWICA raccoglie e utilizza i dati personali degli stipulanti nel rispetto della vigente legge sulla protezione dei dati e delle relative ordinanze, delle leggi sulle assicurazioni sociali e sulle assicurazioni private e secondo le disposizioni sulla protezione dei dati di SWICA (Dichiarazione di protezione dei dati di SWICA).
2. In particolare sono elaborati dati anagrafici e contrattuali (p. es. nome, cognome, indirizzo, numero postale di avviamento, data di nascita, indirizzo e-mail, numero di telefono [cellulare e fisso], coordinate bancarie, stato civile, numero di figli, dati di eventuali procuratori, informazioni finanziarie sul reddito), dati sulla salute (diagnosi, sintomi, medicazioni, operazioni effettuate ecc.), dati sui trattamenti e sul decorso del trattamento, costi delle prestazioni, dati sull'ambiente di vita personale e sociale o anche profili della personalità, dati di altri assicuratori, dati di fornitori di prestazioni, dati relativi a questioni di diritto esecutivo e fallimentare.
3. I dati sono elaborati per gli scopi per i quali lo stipulante ha dato il suo consenso nell'ambito della proposta e della stipulazione dell'assicurazione, per gli scopi secondo le CGA e CC in vigore e per i quali SWICA è autorizzata in base alla vigente legge sulla protezione dei dati e alle vigenti leggi sulle assicurazioni sociali e sulle assicurazioni private.
4. In particolare SWICA elabora i dati nell'ambito della procedura di proposta per la stipulazione di un contratto assicurativo (colloquio di consulenza, proposta di assicurazione, verifica della proposta, stipulazione dell'assicurazione ecc.) e per lo svolgimento del contratto d'assicurazione (elaborazione delle prestazioni, trasmissione di informazioni, assistenza ai clienti, Customer Journey, cure integrate, presentazione di offerte di prodotti, marketing ecc.) durante la durata del rapporto assicurativo. Inoltre SWICA, con metodi matematici, valuterà i dati a fini statistici per sviluppare e migliorare, in base alle conoscenze acquisite, la qualità e l'utilità delle prestazioni di servizio e dei prodotti a favore degli stipulanti attuali, precedenti e potenziali e per poter informare in merito gli stipulanti. Infine, SWICA si riserva il diritto di condurre indagini su possibili frodi assicurative in casi giustificati di sospetto. In relazione con questi trattamenti, possono essere creati dei profili della personalità.

5. SWICA memorizza i dati personali in forma elettronica o cartacea e li elabora per poter fornire le prestazioni contrattuali ed essere in grado di consigliare e assistere gli stipulanti in funzione di una copertura assicurativa affidabile e conforme alle loro esigenze.
6. SWICA può incaricare terzi (altri assicuratori partner, medici fiduciari, autorità, avvocati, periti esterni, centri informatici ecc.) di fornire servizi a favore dello stipulante e trasmettere dati personali ai terzi per lo svolgimento dei compiti assegnati. SWICA obbliga contrattualmente i terzi al rispetto della riservatezza e della segretezza e all'osservanza della legge sulla protezione dei dati. I dati possono essere trasmessi anche allo scopo di individuare o evitare eventuali frodi assicurative.
7. Se SWICA consegna agli stipulanti una tessera d'assicurato, questa certifica, nei confronti dei fornitori di prestazioni, le assicurazioni stipulate. Se è stato stipulato un prodotto secondo la LAMal, la tessera d'assicurato è predisposta sulla base delle disposizioni di legge della LAMal e contiene inoltre indicazioni, secondo le norme UE, quale attestato di copertura assicurativa valida durante un soggiorno nell'area UE. Se viene stipulata un'assicurazione secondo la LCA, la tessera d'assicurato può contenere anche indicazioni sull'estensione dell'assicurazione, comprese le assicurazioni complementari.
8. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sono disponibili nella Dichiarazione di protezione dei dati di SWICA. La Dichiarazione di protezione dei dati vale per l'intera durata del rapporto contrattuale tra SWICA e lo stipulante. La Dichiarazione di protezione dei dati fornisce in particolare ulteriori informazioni sulle categorie di dati trattati, sulle procedure di trattamento dei dati, sulle loro finalità e sulle relative basi per il trattamento dei dati, nonché sui diritti degli stipulanti in relazione al trattamento dei dati da parte di SWICA e sulla durata del trattamento e della conservazione dei dati.

IX. DISPOSIZIONI FINALI

ART. 30 COMUNICAZIONI E NOTIFICHE

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

ART. 31 PRESCRIZIONE

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

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

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 per 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 il contratto d'assicurazione relativo a COMPLETA TOP viene estinto, nello stesso momento si estingue automaticamente anche il contratto d'assicurazione relativo a COMPLETA PRAEVENTA.

ART. 2 STIPULANTI

Possono richiedere la stipulazione di quest'assicurazione complementare tutte le persone che hanno il loro domicilio legale in Svizzera. In caso di presa di domicilio all'estero da parte dello stipulante, il contratto d'assicurazione relativo a COMPLETA TOP e COMPLETA PRAEVENTA si estingue al momento della presa di domicilio all'estero.

II. ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

ART. 3 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

1. **!** SWICA assume i costi dei trattamenti terapeutici o di misure di prevenzione, a condizione che essi siano efficaci, appropriati ed economici.
2. L'estensione dell'assicurazione si basa sulle presenti Condizioni e sulla polizza.
3. Non sono assicurate le partecipazioni ai costi imposte da altre assicurazioni sociali.

III. PRESTAZIONI COMPLETA TOP IN SVIZZERA

ART. 4 MEDICINA COMPLEMENTARE

1. Sono pagati i costi per trattamenti di medicina complementare riconosciuti da SWICA, se eseguiti da un medico o terapeuta riconosciuto da SWICA.
2. SWICA gestisce una lista dei metodi riconosciuti e un elenco dei medici e terapeuti riconosciuti.
3. Nei casi in cui non è previsto un tariffario riconosciuto, SWICA paga una tariffa massima di 80 franchi all'ora.

ART. 5 MEDICAMENTI

1. SWICA paga i costi dei medicinali necessari per ragioni mediche, prescritti da un medico e non contemplati nell'elenco negativo.
2. SWICA paga i costi dei preparati omeopatici, fitoterapici e antroposofici prescritti o dispensati da un terapeuta riconosciuto in base all'art. 4, e che non sono contemplati nell'elenco negativo.
3. I preparati e i medicinali vengono rimborsati al prezzo pubblico. Qualora essi vengano prodotti in proprio, SWICA assume i costi di produzione con un supplemento massimo del 30 per cento.

4. Sono considerati medicinali i preparati registrati presso Swissmedic. Non vengono tuttavia rimborsati i principi attivi e i preparati 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 e gli oggetti d'uso (non registrati presso Swissmedic). Non sussiste 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 impieghi limitati o che sono assunti solo in parte, con COMPLETA TOP nemmeno SWICA riconosce un pagamento al di fuori di queste limitazioni.

ART. 6 PSICOTERAPIA PRESSO PSICOTERAPEUTI INDIPENDENTI

SWICA paga il 90 per cento dei costi, per un massimo di 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 psicoterapeute e psicoterapeuti (ASP).

ART. 7 MATERNITÀ/INDENNITÀ D'ALLATTAMENTO

SWICA versa 200 franchi quale indennità d'allattamento se la stipulante allatta totalmente o parzialmente il bambino per una durata di almeno dieci settimane. Nel caso di parto plurimo, l'indennità viene calcolata a figlio. È necessaria la conferma del medico o della levatrice.

ART. 8 CURE BALNEARI

1. Per cure balneari necessarie per ragioni mediche, 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 i costi di degenza e di cura, per un periodo massimo di 30 giorni per anno civile.
2. La prescrizione delle cure 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, necessarie per ragioni mediche e autorizzate anticipatamente da SWICA, effettuate in uno stabilimento di cura figurante nell'elenco di SWICA, SWICA accorda per i costi di degenza un contributo massimo di 20 franchi al giorno, per una durata massima di 30 giorni in un anno civile.
2. La prescrizione delle cure 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 dello stipulante, 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 a familiari o 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 paga 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 mezzi visivi ausiliari dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

ART. 12 MEZZI AUSILIARI

Per i mezzi ausiliari (escluse le protesi dentarie e i mezzi visivi ausiliari), prescritti da un medico e riconosciuti da SWICA, che non rappresentano prestazioni obbligatorie per legge, SWICA paga il 90 per cento delle spese, per un massimo di 200 franchi in un anno civile. SWICA gestisce una lista dei mezzi ausiliari riconosciuti.

ART. 13 CURE DENTARIE

SWICA paga il 50 per cento dei costi, per un massimo di 100 franchi in un anno civile, delle cure dentarie che non rappresentano 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, per un massimo di 10 000 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 dello stipulante, per un massimo di 10 000 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 di riferimento del Cantone di domicilio dello stipulante, per un massimo di 10 000 franchi per anno civile.
2. In caso di trattamenti ambulatoriali, SWICA assume il 50 per cento dei costi in base alla tariffa LAMal, per un massimo di 10 000 franchi per anno civile.

ART. 16 TRASPORTI D'URGENZA, TRASFERIMENTI E AZIONI DI RICUPERO IN SVIZZERA

1. SWICA paga, a complemento dell'assicurazione di base e secondo le tariffe in uso, i 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 il 90 per cento fino a 20 000 franchi per anno civile.
2. SWICA paga i costi delle azioni di ricerca e/o di ricupero dello stipulante, 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 di assunzione dei costi e paga 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 assicurati tutti i trattamenti che sono riconosciuti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera.
2. A complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, SWICA assume i costi dei trattamenti ambulatoriali e stazionari nei casi d'emergenza (classe ospedaliera privata per i primi tre mesi di viaggio).
3. Se uno stipulante si reca all'estero per farsi curare senza il consenso di SWICA, i relativi costi non vengono rimborsati.

ART. 18 ASSISTENZA PERSONALE

Se uno stipulante 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, per un importo complessivo 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 da SWICA o 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 allo stipulante di SWICA vengono pagati 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 SINISTRO

1. Per principio, l'erogazione delle prestazioni di cui 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 lo stipulante 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, lo stipulante deve richiedere una garanzia di assunzione dei costi a SWICA. In mancanza di quest'ultima, non sussiste alcun diritto alle prestazioni della presente assicurazione.
3. In caso di degenza ospedaliera, lo stipulante deve richiedere una garanzia di assunzione 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 di assunzione 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 dello stipulante.

4. **!** Lo stipulante è tenuto a far pervenire a SWICA tutte le fatture in originale o per mezzo di un canale di comunicazione elettronico messo a disposizione da SWICA. La documentazione deve riportare i dati medici necessari. Se tali documenti sono insufficienti o incomprensibili, oppure se la tariffa applicata risulta abusiva, SWICA può ridurre o rifiutare le prestazioni.
5. Lo stipulante è tenuto a fare tutto il possibile ai fini della riduzione del danno e del suo accertamento.

V. PRESTAZIONI COMPLETA PRAEVENTA

ART. 20 SCOPO

Se in aggiunta a COMPLETA TOP è stata stipulata COMPLETA PRAEVENTA, SWICA paga delle prestazioni per le seguenti misure di prevenzione:

ART. 21 VACCINAZIONI PROFILATTICHE E PER VIAGGIARE

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

ART. 22 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

1. SWICA paga 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 di prevenzione che non costituiscono una prestazione obbligatoria e servono al depistaggio precoce di malattie), SWICA paga il 90 per cento dei costi in base a un elenco separato, al massimo 500 franchi nel corso di tre anni civili.

VI. PARTECIPAZIONE AI COSTI

ART. 23 **!** PARTECIPAZIONE AI COSTI

1. Per le prestazioni secondo l'articolo 4 Medicina complementare, l'articolo 5 Medicamenti e l'articolo 17 Prestazioni all'estero delle presenti condizioni, gli assicurati adulti possono scegliere tra la variante senza franchigia e quella con franchigia di 600 franchi. Per i bambini e giovani fino a 18 anni non si preleva alcuna franchigia. A partire dall'inizio dell'anno d'assicurazione che segue il compimento dei 18 anni d'età, alla persona assicurata viene automaticamente attribuita l'opzione senza franchigia.
2. Per tutti gli assicurati si addebita una partecipazione ai costi del 10 per cento. Una partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale) eventualmente già sostenuta nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, viene computata.
3. Gli assicurati adulti possono richiedere il passaggio dalla variante senza franchigia a quella con franchigia di 600 franchi o viceversa, rispettando sempre un termine di preavviso per la modifica di tre mesi per l'inizio di un anno civile. La riduzione della franchigia ha luogo dopo un esame dello stato di salute e può essere respinta, mentre l'aumento della franchigia può avere luogo senza esame dello stato di salute.
4. La partecipazione ai costi in percentuale avviene in aggiunta alle altre assicurazioni complementari ed è calcolata separatamente per ciascun prodotto d'assicurazione SWICA.

VII. DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 24 LISTE ED ELENCHI

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

ART. 25 MODELLO DI TARIFFA DI PREMIO

I prodotti si basano su una tariffa età d'entrata.

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 di SWICA.

ART. 2 STIPULANTI

Qualsiasi persona avente domicilio legale in Svizzera può richiedere la stipulazione dell'assicurazione complementare SUPPLEMENTA. SUPPLEMENTA può essere sottoscritta esclusivamente se sussiste l'assicurazione complementare COMPLETA TOP presso SWICA.

Se il contratto d'assicurazione relativo a COMPLETA TOP viene estinto, nello stesso momento si estingue automaticamente anche il contratto d'assicurazione relativo a SUPPLEMENTA.

II. ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

ART. 3 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

1. L'estensione dell'assicurazione si basa sulle presenti Condizioni e sulla polizza.
2. Non sono assicurate le partecipazioni ai costi imposte da altre assicurazioni sociali.

III. PRESTAZIONI

ART. 4 LENTI E MONTATURE DI OCCHIALI, LENTI A CONTATTO

SWICA paga 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 ogni tre anni civili.

ART. 5 MEZZI AUSILIARI

Per i mezzi ausiliari (escluse le protesi dentarie e i mezzi visivi ausiliari), prescritti da un medico e riconosciuti da SWICA, che non rappresentano prestazioni obbligatorie per legge, SWICA paga il 90 per cento delle spese, per un massimo di 500 franchi in un anno civile. SWICA gestisce una lista dei mezzi ausiliari riconosciuti.

ART. 6 TRASPORTI D'URGENZA E TRASFERIMENTI

SWICA paga i costi, secondo le 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 COORDINAMENTO CON ALTRE ASSICURAZIONI

La partecipazione percentuale ai costi avviene sotto forma di integrazione di altre assicurazioni complementari e viene calcolata separatamente per ciascun prodotto d'assicurazione SWICA.

ART. 8 LISTE ED ELENCHI

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

ART. 9 MODELLO DI TARIFFA DI PREMIO

Questo prodotto si basa su una tariffa età d'entrata.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE OPTIMA.

I. CAMPO D'APPLICAZIONE

ART. 1 SCOPO

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

ART. 2 STIPULANTI

Qualsiasi persona avente domicilio legale in Svizzera può 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 e sulla polizza. SWICA assume i costi dei trattamenti terapeutici o di misure di promozione della salute e prevenzione, a condizione che essi siano efficaci, appropriati ed economici.

III. PRESTAZIONI

ART. 4 TRATTAMENTI AMBULATORIALI

SWICA paga in tutto il mondo gli onorari del personale medico-sanitario. Se nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie lo stipulante ha optato per un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, le relative disposizioni si applicano anche alla presente assicurazione complementare.

ART. 5 MEDICINA COMPLEMENTARE

1. Sono pagati i costi per trattamenti di medicina complementare riconosciuti da SWICA, se eseguiti da un medico o terapeuta riconosciuto da SWICA.
2. SWICA gestisce una lista dei metodi riconosciuti e un elenco dei medici e terapeuti riconosciuti.

ART. 6 PSICOTERAPIA PRESSO PSICOTERAPEUTI INDIPENDENTI

SWICA paga 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 una formazione specialistica riconosciuta dal Cantone o dalla Confederazione, oppure essere membro dell'Associazione Svizzera psicoterapeute e psicoterapeuti (ASP).

ART. 7 MATERNITÀ

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

ART. 8 VACCINAZIONI PROFILATTICHE E PER VIAGGIARE

SWICA paga il 90 per cento dei costi delle vaccinazioni profilattiche consigliate da un medico.

ART. 9 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

1. SWICA paga il 90 per cento dei costi dei provvedimenti di promozione della salute e di prevenzione in base a un elenco separato, al massimo 300 franchi in un anno civile.
2. Per le visite mediche (check-up) e le visite ginecologiche di prevenzione che non costituiscono una prestazione obbligatoria e servono al depistaggio precoce di malattie, SWICA paga il 90 per cento dei costi in base a un elenco separato, senza limiti di importo.

ART. 10 CURE BALNEARI

1. Per le cure balneari prescritte da un medico e autorizzate anticipatamente da SWICA, SWICA paga un contributo massimo di 30 franchi al giorno per i costi di degenza e di cura, per un periodo massimo di 30 giorni per anno civile.
2. Presupposto per accordare il contributo è che lo stipulante si sottoponga a una visita medica d'entrata e d'uscita e a un trattamento intensivo balneologico e fisioterapico.
3. La prescrizione delle cure deve essere inoltrata a SWICA almeno 14 giorni prima dell'inizio della cura.

ART. 11 CURE DI CONVALESCENZA

1. Per le cure di convalescenza prescritte da un medico, necessarie per ragioni mediche e autorizzate anticipatamente da SWICA, effettuate in uno stabilimento di cura figurante nell'elenco di SWICA, SWICA accorda per i costi di degenza un contributo massimo di 30 franchi al giorno, per una durata massima di 30 giorni in un anno civile.
2. La prescrizione delle cure deve essere inoltrata a SWICA almeno 14 giorni prima dell'inizio della cura.

ART. 12 LENTI E MONTATURE DI OCCHIALI, LENTI A CONTATTO

SWICA paga 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 ogni tre anni civili.

ART. 13 MEZZI AUSILIARI

Per i mezzi ausiliari (escluse le protesi dentarie e i mezzi visivi ausiliari), prescritti da un medico e riconosciuti da SWICA, che non rappresentano prestazioni obbligatorie per legge, SWICA paga il 90 per cento delle spese, per un massimo di 300 franchi in un anno civile. SWICA gestisce una lista dei mezzi ausiliari riconosciuti.

ART. 14 TRASPORTI D'URGENZA E TRASFERIMENTI

SWICA paga i costi, secondo le 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 obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene computata.

V. DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 16 ⓘ COORDINAMENTO 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.
2. La partecipazione percentuale ai costi avviene sotto forma di integrazione di altre assicurazioni complementari e viene calcolata separatamente per ciascun prodotto d'assicurazione SWICA.

ART. 17 LISTE ED ELENCHI

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

ART. 18 MODELLO DI TARIFFA DI PREMIO

Questo prodotto si basa su una tariffa età d'entrata.

ASSICURAZIONE OSPEDALIERA HOSPITA.

I. CAMPO D'APPLICAZIONE

ART. 1 SCOPO

SWICA paga dall'assicurazione ospedaliera HOSPITA prestazioni aggiuntive e supplementari per trattamenti ospedalieri stazionari o interventi chirurgici ambulatoriali a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

SWICA gestisce un elenco degli ospedali, nel quale figurano tutti gli ospedali riconosciuti da SWICA secondo le diverse varianti di assicurazione (cfr. art. 3). Negli ospedali privi di contratto tariffale con SWICA si applica la tariffa massima¹ definita da SWICA. L'estensione della partecipazione viene valutata nel quadro della domanda di garanzia di assunzione dei costi.

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

A dipendenza della variante d'assicurazione scelta, dalla presente assicurazione complementare vengono inoltre erogate altre prestazioni.

ART. 2 STIPULANTI

Qualsiasi persona avente domicilio legale in Svizzera può richiedere la stipulazione di questa assicurazione.

II. ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

ART. 3 SCELTA DELLE VARIANTI D'ASSICURAZIONE

SWICA assume i costi delle prestazioni, a condizione che esse siano efficaci, appropriate ed economiche.


Si può scegliere fra le seguenti varianti d'assicurazione:

- variante 1 HOSPITA REPARTO COMUNE: reparto comune negli ospedali riconosciuti da SWICA in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein. Questa variante può essere stipulata con una garanzia che permette un aumento assicurativo per usufruire del reparto ospedaliero semi-privato o privato senza esame dello stato di salute.
- variante 2 HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO: reparto semi-privato negli ospedali riconosciuti da SWICA in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein (ospedali figuranti nell'elenco e ospedali convenzionati) con contratto tariffale. Negli ospedali privi di contratto tariffale con SWICA si applica la tariffa massima definita da SWICA (tariffa riconosciuta).
- variante 3 HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO ELENCO: reparto semi-privato negli ospedali in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein come da contrassegno nell'elenco degli ospedali di SWICA.
- variante 4 HOSPITA REPARTO PRIVATO: reparto privato negli ospedali riconosciuti da SWICA in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein (ospedali figuranti nell'elenco e ospedali convenzionati) con contratto tariffale. Negli ospedali privi di contratto tariffale con SWICA si applica la tariffa massima definita da SWICA (tariffa privata usuale).

¹ La tariffa massima si basa sui valori medi dei contratti tariffali stipulati tra SWICA e ospedali comparabili, o sull'ultima tariffa applicabile con l'ospedale, applicando il valore inferiore tra i due. La tariffa massima viene calcolata separatamente per ogni classe ospedaliera.

- variante 5 HOSPITA REPARTO PRIVATO ELENCO: reparto privato negli ospedali in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein come da contrassegno nell'elenco degli ospedali di SWICA.
- variante 6 HOSPITA REPARTO PRIVATO IN TUTTO IL MONDO: reparto privato in tutti gli ospedali pubblici e privati di tutto il mondo. In assenza di accordo contrattuale, in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein si applica la tariffa massima (tariffa privata usuale).
- variante 7 Variante d'assicurazione HOSPITA COMFORTA: camera a due letti (variante alberghiera) in tutti gli ospedali riconosciuti da SWICA in Svizzera come da contrassegno nell'elenco degli ospedali di SWICA.
- variante 8 Variante d'assicurazione HOSPITA COMFORTA: camera a un letto (variante alberghiera) in tutti gli ospedali riconosciuti da SWICA in Svizzera come da contrassegno nell'elenco degli ospedali di SWICA.

ART. 4 GARANZIA PER IL CAMBIAMENTO DI VARIANTE

1. La stipulazione di HOSPITA REPARTO COMUNE con garanzia per il cambiamento di variante (= HOSPITA PLUS) permette di passare alla variante assicurativa HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO oppure 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 a HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO (a scelta variante 2 o 3).
 - b) Cambiamento da HOSPITA REPARTO COMUNE a HOSPITA REPARTO PRIVATO (a scelta variante 4 o 5).
3. HOSPITA PLUS può essere stipulata fino alla fine dell'anno civile in cui si sono compiuti i 18 anni d'età.
4. L'inclusione della garanzia per il cambiamento di variante HOSPITA PLUS per HOSPITA REPARTO COMUNE richiede il superamento di un esame dello stato di salute.
5. Il passaggio alla variante assicurata superiore è possibile fino alla fine dell'anno civile in cui si sono compiuti i 40 anni d'età. Se fino a tale termine non si fa uso della possibilità di cambiamento di variante, la garanzia decade.
6. Il cambiamento può essere effettuato per il primo giorno del mese successivo o secondo accordo.
7.  In seguito al cambiamento è previsto un termine d'attesa di dodici mesi per tutte le prestazioni. Durante questo periodo i trattamenti sono assicurati per il reparto comune.

ART. 5 VARIANTI DI PARTECIPAZIONE AI COSTI

1. Per le varianti da 1 a 6 lo stipulante può scegliere fra diversi modelli di partecipazione ai costi con una franchigia annua di:
 - 1 000 franchi
 - 2 000 franchi
 - 5 000 franchi
2. Lo stipulante HOSPITA REPARTO SEMI-PRIVATO (varianti 2 e 3) può inoltre scegliere un modello di partecipazione ai costi con un'aliquota percentuale di 300 franchi per ogni giorno di degenza in ospedale fino a un massimo di 6 000 franchi per anno civile.
3. Lo stipulante HOSPITA REPARTO PRIVATO (varianti 4 e 5) può inoltre scegliere un modello di partecipazione ai costi con un'aliquota percentuale di 300 franchi per ogni giorno di degenza fino a un massimo di 6 000 franchi per anno civile se sceglie di farsi ricoverare nel reparto semi-privato e di 400 franchi per ogni giorno di degenza fino a un massimo di 8 000 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 nell'assicurazione di base o in un'altra assicurazione complementare di SWICA viene considerata nel conteggio della partecipazione ai costi annua massima per questa assicurazione complementare.
5. Il passaggio a una partecipazione ai costi inferiore è possibile unicamente per l'inizio di un anno civile, rispettando un termine di modifica di tre mesi. A seguito di un esame dello stato di salute, SWICA può accettare la riduzione, oppure escludere dalla riduzione della partecipazione ai costi 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 passaggio a una partecipazione ai costi inferiore è previsto un termine d'attesa di 360 giorni.
7. L'esame dello stato di salute per la riduzione della partecipazione ai costi 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 variante) la riduzione della partecipazione ai costi avviene senza esame dello stato di salute.
8. L'annullamento della partecipazione ai costi è equiparato alla riduzione della partecipazione ai costi.

ART. 6 SECONDO PARERE MEDICO

Stipulando la variante d'assicurazione 3 o 5, lo stipulante può richiedere a SWICA un secondo parere medico («Second Opinion») prima di sottoporsi agli interventi chirurgici consigliati.

III. PRESTAZIONI

ART. 7 DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN CASO DI MALATTIA (CURE OSPEDALIERE STAZIONARIE)

1. In caso di ricoveri ospedalieri, SWICA paga i costi di degenza e di cura in conformità alla variante d'assicurazione scelta.
2. Nel reparto comune (variante 1) vengono pagati i costi di degenza e di cura degli ospedali riconosciuti da SWICA (come da contrassegno nell'elenco degli ospedali di SWICA). La copertura è limitata alle prestazioni non coperte in caso di trattamenti stazionari extra-cantionali; in altri termini, viene assunta la quota eccedente la tariffa di riferimento del Cantone di domicilio secondo la AOMS, a meno che questa venga coperta dalla AOMS per ragioni mediche.
3. Presupposto per il diritto alle prestazioni nelle varianti 2 e 4 è che SWICA disponga di un accordo contrattuale (convenzione tariffale) per la prestazione con il rispettivo fornitore di prestazioni. Se esistono le tariffe convenzionali, viene coperta la totalità dei costi della prestazione erogata (come da contrassegno nell'elenco degli ospedali di SWICA). In assenza di accordo contrattuale con SWICA, viene corrisposta una tariffa massima definita da SWICA, oppure un contributo stabilito in conformità con l'art. 9 varianti 2 e 3. Se il fornitore di prestazioni chiede un indennizzo superiore alla tariffa massima definita da SWICA (tariffa riconosciuta), lo stipulante si fa carico della differenza tra la tariffa riconosciuta e la fattura del fornitore di prestazioni.
4. Nelle varianti 3 e 5 vengono fornite prestazioni per gli ospedali figuranti nell'elenco, conformemente al contrassegno nell'elenco degli ospedali di SWICA. In assenza di accordo contrattuale con SWICA, l'elenco degli ospedali di SWICA non riporta il rispettivo contrassegno e SWICA non assume alcun costo.
5. Nella variante 6 vengono assunti tutti i costi ospedalieri all'estero. In assenza di accordo contrattuale con un ospedale in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein, si applica la tariffa massima definita da SWICA. Se il fornitore di prestazioni chiede un indennizzo superiore alla tariffa massima definita da SWICA (tariffa privata usuale), lo stipulante si fa carico della differenza tra la tariffa riconosciuta e la fattura del fornitore di prestazioni.

6. Nella variante d'assicurazione COMFORTA variante 7 (camera a due letti) e variante 8 (camera a un letto), i costi di degenza e di vitto (variante alberghiera) vengono pagati in conformità al contratto stipulato tra questi ospedali e SWICA. Non vengono rimborsati costi legati a prestazioni di trattamento e diagnosi, né onorari di medici.

In assenza di accordo contrattuale con SWICA, l'elenco degli ospedali di SWICA non riporta il rispettivo contrassegno e SWICA non assume alcun costo.

7. I costi supplementari derivanti da trattamenti extra-cantionali effettuati per ragioni mediche non vanno a carico dell'assicurazione complementare.
8. In caso di trapianto di midollo spinale o di organi, le prestazioni si basano sulle tariffe riconosciute da SWICA.

ART. 8 DURATA DELLE PRESTAZIONI

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

ART. 9 SCELTA DI UN ALTRO REPARTO OSPEDALIERO/TRATTAMENTI ALL'ESTERO

1. Scelta di un altro reparto ospedaliero
In caso di scelta di un reparto ospedaliero di categoria superiore non corrispondente all'assicurazione stipulata, vengono pagati i costi a complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Si applicano i seguenti importi massimi:

- | | |
|----------------|--|
| variante 1 | fino a 50 franchi al giorno per i costi di degenza e fino a 5 000 franchi per anno civile per le spese di cura |
| variante 2 + 3 | fino a 100 franchi al giorno per i costi di degenza e fino a 10 000 franchi per anno civile per le spese di cura |
| variante 7 | fino a 100 franchi al giorno per i costi di vitto e alloggio |

Dagli importi citati vengono dedotte eventuali partecipazioni ai costi a carico dello stipulante.

2. Cure ospedaliere all'estero
Nel caso di degenze ospedaliere all'estero, per i trattamenti stazionari e ambulatoriali di cui all'art. 10 cpv. 2 vengono pagate le prestazioni seguenti, a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

| | |
|----------------|--|
| variante 1 | fino a 50 franchi al giorno per i costi di degenza e fino a 5 000 franchi per anno civile per le spese di cura |
| variante 2 + 3 | fino a 100 franchi al giorno per i costi di degenza e fino a 10 000 franchi per anno civile per le spese di cura |
| variante 4 + 5 | fino a 150 franchi al giorno per i costi di degenza e fino a 30 000 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 |

Dagli importi citati vengono dedotte eventuali partecipazioni ai costi a carico dello stipulante.

3. Partecipazione ai costi
Se uno stipulante con copertura per il reparto privato o semi-privato con una variante di partecipazione ai costi secondo l'art. 5 cpv. 2 e 3 sceglie di farsi curare nel reparto comune, l'aliquota percentuale non è richiesta nell'assicurazione complementare. Se uno stipulante con copertura per il reparto privato e una variante di partecipazione ai costi secondo l'art. 5 cpv. 3 sceglie le cure nel reparto semi-privato, l'aliquota percentuale si riduce a 300 franchi al giorno fino a un massimo di 6 000 franchi all'anno.
4. Prestazione massima
Gli importi di cui all'art. 9 cpv. 1 e 2 non sono cumulabili e rappresentano per ogni variante un importo massimo per tutte le prestazioni percepite.

ART. 10 CENTRI MEDICI AMBULATORIALI (OSPEDALI, CLINICHE DIURNE O AMBULATORI DOTATI DI ADEGUATE INFRASTRUTTURE)

1. Presupposto per il diritto alle prestazioni è che SWICA disponga di un accordo contrattuale (convenzione tariffale) per la prestazione in questione con il rispettivo fornitore di prestazioni o servizi. SWICA gestisce un elenco dei fornitori di prestazioni riconosciuti da SWICA.
2. SWICA gestisce un elenco di interventi e operazioni per i quali, a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, vengono pagati i costi di degenza, di cura e accessori eccedenti le prestazioni obbligatorie per legge.

3. Per i costi eccedenti l'obbligo legale di prestazione, allo stipulante non viene addebitata alcuna partecipazione ai costi.

ART. 11 CLINICHE SPECIALISTICHE E PSICHIATRICHE

1. Per le degenze presso cliniche psichiatriche o presso reparti speciali per ammalati psichici in ospedali riconosciuti da SWICA, come pure in cliniche specialistiche, quali le cliniche di riabilitazione, i sanatori polivalenti, gli stabilimenti climatici e le cliniche o gli stabilimenti 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 |
- Con HOSPITA, variante 6, i costi vengono assunti senza limiti di importo.
Con HOSPITA, variante 1, 7 + 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. In caso di maternità, SWICA paga le stesse prestazioni previste per i casi 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 ai costi di degenza 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. Presupposto per accordare il contributo è che lo stipulante si sottoponga a una visita medica d'entrata e d'uscita e a un trattamento intensivo balneologico e fisioterapico.
3. La prescrizione delle cure 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, necessari per ragioni mediche e autorizzati anticipatamente da SWICA, effettuati in uno stabilimento di cura figurante nell'elenco di SWICA, SWICA accorda i seguenti contributi ai costi di degenza, 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 prescrizione delle cure 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 stipulanti 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 + 8 non vengono corrisposte prestazioni.
2. La necessità della cura dello stipulante 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 sono accordate per un massimo di 720 giorni nel corso di 900 giorni consecutivi.

ART. 16 AIUTO DOMICILIARE

1. SWICA accorda sui costi comprovati per l'aiuto domiciliare necessario per il disbrigo dei lavori nell'economia domestica dello stipulante, 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.
2. La necessità di un aiuto domiciliare 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.

ART. 17 CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

1. Per i provvedimenti di chirurgia maxillo-facciale, SWICA assume i costi non coperti in base alle tariffe di riferimento del Cantone di domicilio dello stipulante, al massimo 10000 franchi per anno civile.
2. In caso di trattamenti ambulatoriali, SWICA assume i costi non coperti in base alla tariffa LAMal, al massimo 10000 franchi per anno civile.
3. Dalle varianti 7 + 8 non vengono corrisposte prestazioni.

ART. 18 TRASPORTI D'URGENZA E TRASFERIMENTI

- SWICA paga fino al 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 vengono corrisposte prestazioni.

ART. 19 COSTI DI RIMPATRIO, RICERCA E RICUPERO

1. SWICA paga il 90 per cento dei costi di rimpatrio dall'estero in Svizzera, come pure dei costi comportati dalle azioni di ricerca e ricupero di uno stipulante, 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.
2. Il presupposto per l'assunzione delle prestazioni summenzionate è costituito dall'intervento della centrale di soccorso SWICA.
3. Per le azioni effettuate senza la sua autorizzazione, SWICA può ridurre o rifiutare le prestazioni.

IV. LISTE ED ELENCHI

ART. 20 LISTE ED ELENCHI

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

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:

1. Modello di tariffa di premio: età d'entrata
Se lo stipulante sceglie la tariffa età d'entrata, ai fini della fissazione del premio fa stato la sua età al momento della stipulazione dell'assicurazione.
2. Modello di tariffa di premio: età effettiva
Se lo stipulante sceglie la tariffa età effettiva, il suo premio sarà adeguato al suo nuovo gruppo d'età all'inizio di ogni anno civile.
3. Per gli stipulanti che sono stati ammessi nell'assicurazione con una tariffa particolare per bambini o per giovani, a partire dall'inizio dell'anno d'assicurazione successivo al compimento dei 18 risp. 25 anni d'età viene calcolata la classe tariffaria immediatamente successiva. Se lo stipulante non chiede esplicitamente di essere attribuito alla tariffa età d'entrata, viene attribuito automaticamente alla tariffa età effettiva.
4. Fino al compimento del 50° anno d'età, lo stipulante ha la possibilità di passare dalla tariffa età effettiva alla tariffa 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. Al compimento del 50° anno d'età, lo stipulante viene automaticamente riassegnato secondo le regole qui descritte.
5. Gli stipulanti possono rinunciare per scritto al passaggio automatico dalla tariffa età effettiva alla tariffa età d'entrata prima del compimento dei 50 anni d'età, chiedendo di mantenere la tariffa età effettiva. La rinuncia alla riassegnazione comporta il venir meno del diritto al computo della durata d'assicurazione precedente.

VI. DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 22 COORDINAMENTO CON ALTRE ASSICURAZIONI

1. Le prestazioni definite nelle presenti Condizioni vengono accordate unicamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di COMPLETA TOP di SWICA.
2. La partecipazione percentuale ai costi avviene sotto forma di integrazione di altre assicurazioni complementari e viene calcolata separatamente per ciascun prodotto d'assicurazione SWICA.

ASSICURAZIONE CURE DENTARIE DENTA.

I. CAMPO D'APPLICAZIONE

ART. 1 SCOPO

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

ART. 2 STIPULANTI

1. Qualsiasi persona avente domicilio legale in Svizzera può richiedere la stipulazione di questa assicurazione.
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

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

La partecipazione percentuale ai costi avviene sotto forma di integrazione di altre assicurazioni complementari e viene calcolata separatamente per ciascun prodotto d'assicurazione SWICA.

III. PRESTAZIONI

ART. 4 PRESTAZIONI

1. SWICA paga i costi, in base alla variante d'assicurazione scelta, dei trattamenti dentari effettuati da un medico dentista diplomato.
2. Per gli stipulanti 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.
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. Lo stipulante è debitore nei confronti del medico dentista.

ART. 6 ESCLUSIONE DI PRESTAZIONI

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 definite nelle presenti Condizioni vengono accordate a complemento delle prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ed eventualmente di ulteriori assicurazioni complementari stipulate con SWICA.

ART. 8 MODELLO DI TARIFFA DI PREMIO

Questo prodotto si basa su una tariffa età d'entrata.

ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI INFORTUNA.

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA)

ATTUAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

❶ 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

Lo stipulante 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 costi di guarigione 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 contro gli infortuni può essere stipulata fino al raggiungimento dell'età AVS. L'aumento assicurativo è parificato a una nuova ammissione.

IV. PRESTAZIONE IN CAPITALE IN CASO DI DECESSO/INVALIDITÀ PER INFORTUNIO (UTI)

ART. ❶ 4 SOMME ASSICURATE

1. L'assicurazione contro gli infortuni INFORTUNA è un'assicurazione di somma, ad eccezione dei costi di guarigione, per i quali rappresenta un'assicurazione contro i danni. Fanno stato le somme assicurate indicate nella polizza.
2. Dopo il compimento del 70° anno d'età, valgono le seguenti somme assicurate massime:
 - in caso di decesso 50 000 franchi
 - in caso d'invalidità 100 000 franchiDopo il raggiungimento di questo limite d'età, le assicurazioni in vigore vengono ridotte di conseguenza.
3. Per gli stipulanti che al momento dell'infortunio hanno un'età superiore ai 70 anni, la progressione dell'assicurazione per l'invalidità viene soppressa.
4. 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 12° anno d'età è limitato a 20 000 franchi.
5. 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).

ART. 5 DECESSO

1. Se l'infortunio causa la morte dello stipulante, immediatamente o entro cinque anni dall'evento stesso, l'assicuratore versa la somma assicurata convenuta per il decesso ai superstiti aventi diritto, e ciò nell'ordine e nella misura seguenti:
 - a) l'intero capitale in caso di decesso 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 questa regola, lo stipulante 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 a un importo massimo equivalente al dieci per cento del capitale in caso di decesso.
2. Se viene versato un capitale d'invalidità in conformità all'art. 6, esso è computato sul capitale in caso di decesso.

ART. 6 INVALIDITÀ

1. Se l'infortunio provoca allo stipulante un'invalidità presumibilmente permanente entro cinque anni dall'evento, l'assicuratore versa la somma assicurata convenuta per il caso di invalidità, e più precisamente l'intera somma assicurata 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 ambidue 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 assicurata prevista 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% |
| › capacità visiva di un occhio | 30% |
| › capacità visiva del secondo occhio per monocli | 50% |
| › udito bilaterale | 60% |
| › udito di un orecchio | 15% |
| › udito di un orecchio quando quello dell'altro era già completamente perso prima dell'evento assicurato | 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 determinato sulla base 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 non utilizzabili 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 di invalidità in capitale, l'indennizzo avviene sotto forma di somme assicurate progressive (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 allo stipulante.
8. Qualora si rendesse necessaria una riconversione 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 di cura e i costi di guarigione non assicurati 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 secondo la tariffa riconosciuta da SWICA (tariffa convenzionale). In assenza di accordo contrattuale con un ospedale in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein, si applica la tariffa massima definita da SWICA. Se il fornitore di prestazioni chiede un indennizzo superiore alla tariffa massima definita da SWICA (tariffa privata usuale), lo stipulante si fa carico della differenza tra la tariffa riconosciuta e la fattura del fornitore di prestazioni;
- c) sono pagati i costi per trattamenti di medicina complementare riconosciuti da SWICA, se eseguiti da un medico o terapeuta riconosciuto da SWICA. SWICA gestisce una lista dei metodi riconosciuti e un elenco dei medici e terapisti riconosciuti;
- d) i costi 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 delle psicoterapeute e dei psicoterapeuti (ASP);
- e) cura a domicilio prescritta da un medico ed eseguita da personale di cura diplomato; è parificato a quest'ultimo il personale di cura messo 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 atti a compensare un pregiudizio fisico o funzionale, purché siano adeguati;
- 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 sussiste un diritto alle prestazioni soltanto se il pregiudizio fisico richiede delle cure;

- j) i viaggi e 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 recupero dello stipulante 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 di cura qualificato e di installazioni mediche appropriate.
2. Sono considerati stabilimenti di cura gli istituti la cui attività è volta al trattamento supplementivo o alla riabilitazione, che sottostanno a una direzione medica, che dispongono del necessario personale di cura 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 coassicurate.

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 qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica, mentale o psichica oppure che causi la morte.
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 a 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 indicati all'art. 8 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) secondo la LCA di SWICA.
2. SWICA, rispettivamente l'assicuratore, rinunciano al diritto legale di ridurre le prestazioni nel caso di infortuni provocati per negligenza grave.

ART. 12 CONCORSO DI CONSEGUENZE D'INFORTUNIO CON MALATTIE E INFERTITÀ, COME PURE CONSEGUENZE 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 i costi di guarigione. L'assunzione dei costi per i trattamenti terapeutici continua fino a quando non si riscontra più alcun nesso di causalità tra l'infortunio e i danni alla salute.

ART. 13 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 14 NOTIFICA DEL SINISTRO

1. La notifica di sinistro deve avvenire immediatamente, comunque entro trenta giorni dal momento in cui se ne viene a conoscenza.
2. La prestazione può essere ridotta dell'ammontare di cui si sarebbe ridotta se il sinistro fosse stato notificato tempestivamente, se la notifica del sinistro avviene troppo tardi per colpa o non avviene affatto.
3. Tutte le notifiche di sinistro dello stipulante devono essere inviate a SWICA. Le informazioni sui contatti si trovano nella polizza d'assicurazione.

ART. 15 LISTE

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

ART. 16 MODELLO DI TARIFFA DI PREMIO

Questo prodotto si basa su una tariffa età effettiva.

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 del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA) per i casi che non sono definiti nelle disposizioni menzionate nel precedente cpv. 1. Se le seguenti disposizioni contrastano con le disposizioni imperative della LCA, prevalgono queste ultime;
3. da tutti gli accordi contrattuali stipulati in forma scritta tra SWICA e lo stipulante.

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 allo stipulante 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.
3. L'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia è un'assicurazione contro i danni.

ART. 3 CHE COSA INTENDE SWICA PER «MALATTIA»?

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

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 d'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 stipulanti 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 uno stipulante inabile al lavoro si reca all'estero senza il consenso di SWICA, per tutta la durata del soggiorno all'estero non sussiste alcun diritto alle prestazioni.
4. Per i frontalieri, le limitazioni di cui ai capoversi 1-3 fanno stato soltanto se essi soggiornano al di fuori della fascia di frontiera.

ART. 6 CHE COSA SUCCEDA SE UNA MALATTIA È STATA CAUSATA PER NEGLIGENZA GRAVE?

SWICA rinuncia al suo diritto legale di ridurre le prestazioni nel caso in cui lo stipulante 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 o da radiazioni nucleari; 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 o atti terroristici; se però lo stipulante è stato sorpreso dallo scoppio delle ostilità mentre si trovava all'estero, la copertura assicurativa cessa solo 14 giorni dopo l'inizio degli eventi.

III. PRESTAZIONI D'ASSICURAZIONE

ART. 8 **QUANDO SUSSISTE IL DIRITTO ALLE INDENNITÀ GIORNALIERE?**

1. Se in base a quanto constatato dal medico lo stipulante 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 incapacità lavorativa parziale 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 INTENDE SWICA PER «INCAPACITÀ LAVORATIVA»?

È considerata incapacità lavorativa 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 lavorativa si prendono in considerazione anche mansioni esigibili in un'altra professione o in un altro campo d'attività.

ART. 10 **COME VIENE CALCOLATO IL TERMINE D'ATTESA, E CHE COSA S'INTENDE PER «RICADUTA»?**

1. Il termine d'attesa inizia il primo giorno in cui viene attestata dal medico un'incapacità lavorativa pari o superiore al 25 per cento, ma al più presto tre giorni prima dell'inizio della cura medica. Il termine d'attesa si applica a ogni nuovo caso di malattia. Per il calcolo del termine d'attesa, i giorni in cui l'incapacità lavorativa parziale è pari o superiore al 25 per cento contano come giorni interi.
2. Per quanto concerne il termine d'attesa e la durata delle prestazioni, sono considerati nuovi casi di malattia:
 - la ricomparsa di una malattia (ricaduta), se lo stipulante non è stato inabile al lavoro a causa della stessa malattia per almeno dodici mesi;
 - una nuova malattia, se dopo un'incapacità lavorativa lo stipulante 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, tenendo conto di un eventuale termine d'attesa convenuto contrattualmente. In caso di passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale di indennità giornaliera, le prestazioni già percepite vengono computate.
2. Per il calcolo della durata delle prestazioni, i giorni di incapacità lavorativa parziale pari o superiore al 25 per cento contano come giorni interi.
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 di pensionamento AVS sussiste un'incapacità lavorativa, il diritto alle prestazioni si estingue, a meno che lo stipulante dimostri che se non fosse venuta meno la capacità lavorativa il rapporto di lavoro sarebbe proseguito.
5. Con l'estinzione della copertura assicurativa cessa l'obbligo di corrispondere prestazioni (fatti salvi gli obblighi di prestazione periodici allo scioglimento del contratto di cui all'art. 35c LCA).

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 termine d'attesa eventualmente convenuto non viene computato sulla durata delle prestazioni.
2. Se al momento del parto l'assicurazione d'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 uno stipulante 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 è sospeso.
4. L'indennità per parto non viene computata sulla durata delle prestazioni in conformità all'art. 11 cpv. 1.

ART. 13 DISOCCUPAZIONE

1. Se lo stipulante è disoccupato in conformità all'art. 10 LADI (Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza), SWICA eroga le prestazioni fino a concorrenza dell'indennità di disoccupazione non percepita, 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 stipulanti disoccupati hanno il diritto di trasformare, senza riserve e con adattamento del premio, l'indennità giornaliera esistente in una dello stesso importo con un termine 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 non prima del giorno convenuto e indicato nell'attestato d'assicurazione.

ART. 15 DIRITTO DI REVOCA

1. Il proponente può revocare la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo mediante comunicazione a SWICA (ai contatti indicati nella polizza d'assicurazione).
2. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dal momento in cui lo stipulante ha proposto o accettato il contratto.
3. Il termine è osservato se lo stipulante comunica la revoca a SWICA, o consegna la dichiarazione di revoca alla posta, entro l'ultimo giorno del termine. Il diritto di revoca è escluso per le assicurazioni collettive di persone, le coperture provvisorie e le convenzioni di durata inferiore a un mese.
4. La revoca rende inefficace sin dall'inizio la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stipulante. Le prestazioni già ricevute devono essere restituite.

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 interessate da 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 assicurativo SWICA può richiedere una visita medica. Sottoscrivendo la proposta, il proponente autorizza SWICA a raccogliere le informazioni necessarie presso uffici pubblici, medici e terzi.

4. Se al momento della proposta sono stati comunicati in modo non veritiero, oppure sottaciuti, dei punti importanti di cui chi era tenuto a fare la dichiarazione era o avrebbe dovuto essere a conoscenza, SWICA ha il diritto, entro quattro settimane dal momento in cui viene a conoscenza della reticenza, di disdire il contratto per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, come pure di esigere il rimborso di tutte le prestazioni versate dall'inizio del contratto in relazione al caso relativo alla reticenza. Il contratto termina non appena lo stipulante riceve la disdetta.
5. In caso di aumento assicurativo, fanno stato le stesse disposizioni applicate alle 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 lo stipulante sta riscuotendo delle prestazioni, la riduzione dell'indennità giornaliera assicurata può avvenire solo di comune accordo.

ART. 18 ! QUANDO SI ESTINGUE L'ASSICURAZIONE?

1. La disdetta ordinaria dell'assicurazione di indennità giornaliera può essere effettuata dallo stipulante per la fine di un anno civile, osservando un termine di disdetta di tre mesi. La disdetta è considerata valida se pervenuta entro l'ultimo giorno lavorativo prima dell'inizio del termine di preavviso di tre mesi entro le ore 17 alla ricezione di SWICA (la data sul timbro postale non fa fede). SWICA non dispone di questo diritto di disdetta ordinario previsto dalla LCA.
2. L'assicurazione di indennità giornaliera può essere disdetta dallo stipulante dopo un'incapacità lavorativa per la quale SWICA eroga delle prestazioni. Al più tardi 14 giorni dopo il ricevimento della prestazione lo stipulante può disdire la relativa parte del contratto. La copertura si estingue 14 giorni dopo la ricezione della comunicazione da parte di SWICA. SWICA non dispone di questo diritto di disdetta ordinario previsto dalla LCA.
3. Anche in mancanza di una disdetta, l'assicurazione si estingue se da tre mesi lo stipulante ha trasferito all'estero il suo domicilio abituale. I frontalieri possono rimanere assicurati fintanto che percepiscono delle indennità di disoccupazione oppure, in caso di incapacità lavorativa, possono comprovare una perdita di guadagno.

4. L'assicurazione d'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 una capacità lavorativa totale che in caso di malattia comporterebbe una perdita di guadagno comprovabile; l'assicurazione d'indennità giornaliera si estingue definitivamente se uno stipulante appartenente a questa categoria ha percepito l'indennità giornaliera assicurata 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 SUCCEDDE DOPO LO SCIoglimento 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. ! Come regola generale, il diritto a prestazioni termina con lo scioglimento del contratto (fatti salvi gli obblighi di prestazione periodici di cui all'art. 35c LCA).

V. OBBLIGHI IN CASO DI MALATTIA

ART. 20 TERMINE PER LA NOTIFICA DI UNA MALATTIA (AVVISO DI SINISTRO)

1. Le pretese d'indennità giornaliera devono essere notificate entro cinque giorni dalla scadenza del termine d'attesa. Se però è stato convenuto un termine d'attesa di 30 o più giorni, la notifica deve avvenire al più tardi dopo 30 giorni di incapacità lavorativa o di guadagno. Insieme alla notifica deve essere presentato un certificato medico. I relativi costi vanno a carico dello stipulante.
2. La prestazione può essere ridotta dell'ammontare di cui si sarebbe ridotta se il sinistro fosse stato notificato tempestivamente, se la notifica del sinistro avviene troppo tardi per colpa o non avviene affatto, a meno che venga dimostrato che, nelle circostanze, l'omissione o il ritardo della notifica non si possano ritenere dovuti a colpa, o se lo stipulante dimostra che l'omissione o il ritardo della notifica non hanno in alcun modo influenzato il verificarsi dell'evento temuto e l'estensione delle prestazioni dovute da SWICA.

3. Se la malattia dura più di un mese, SWICA necessita di un certificato medico mensile che attesti il grado e la durata dell'incapacità lavorativa. In questo caso, SWICA versa l'indennità giornaliera a scadenze mensili.

ART. 21 OBBLIGHI DELLO STIPULANTE

Lo stipulante 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, lo stipulante evita qualsiasi attività incompatibile con l'incapacità lavorativa risp. con la riscossione di indennità giornaliera, e che potrebbe rallentare il processo di guarigione. I medici che curano o hanno curato lo stipulante devono essere esonerati dal segreto professionale nei confronti di SWICA.

ART. 22 CONSULTAZIONE DI UN MEDICO AUTORIZZATO

1. Non appena si manifesta la malattia, lo stipulante deve consultare al più presto un medico autorizzato e sottoporsi alle cure necessarie del caso. Lo stipulante deve attenersi alle istruzioni del medico e del personale di cura.
2. SWICA ha il diritto di esigere che lo stipulante 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 giustificativi, informazioni e in particolare certificati medici supplementari.
4. Se uno stipulante 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 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 uno stipulante 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 per l'invalidità risp. all'assicurazione contro la disoccupazione.
2. Se la capacità lavorativa residua non viene sfruttata, il calcolo dell'indennità giornaliera avviene considerando l'obbligo di riduzione del danno che incombe allo stipulante.

3. Se lo stipulante omette di annunciarsi all'assicurazione contro la disoccupazione risp. all'assicurazione per l'invalidità, SWICA è autorizzata a sospendere le prestazioni d'indennità giornaliera. Il calcolo di eventuali indennità giornaliera avviene considerando le prestazioni che devono presumibilmente essere erogate da queste assicurazioni.

ART. 24 CHE COSA ACCADE SE LO STIPULANTE HA DIRITTO ANCHE A PRESTAZIONI DI TERZI?

1. Se lo stipulante 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 dello stipulante.
3. Nel quadro di prestazioni facoltative anticipate, 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 dello stipulante 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 lo stipulante, senza il consenso preventivo di SWICA, conclude accordi con terzi, l'obbligo di prestazioni da parte di SWICA decade.
6. SWICA non è tenuta a versare prestazioni se lo stipulante non fa valere tempestivamente il suo credito nei confronti di un terzo, oppure se non si preoccupa della relativa riscossione.
7. Lo stipulante è tenuto a informare 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'inosseranza degli obblighi di cui 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 sulle conseguenze della malattia e sulla loro valutazione, 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 RITARDO NEI PAGAMENTI

1. Se il premio non perviene entro un mese dalla data di scadenza, SWICA sollecita il pagamento tramite diffida, concedendo un ulteriore termine di pagamento di 14 giorni a decorrere dalla data dell'invio del sollecito. Se a una diffida non viene dato alcun riscontro, il diritto alle prestazioni viene sospeso dal momento in cui decorreva il termine della diffida.
2. SWICA è autorizzata a esigere dagli stipulanti ritardatari la rifusione delle spese causate (costi dei richiami, spese d'esecuzione, interessi di mora ecc.) o a computarle sulle prestazioni a cui essi hanno diritto.

VII. DISPOSIZIONI SUPPLEMENTARI

ART. 28 ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI

1. Se è stata stipulata un'assicurazione d'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 della presente 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 lo stipulante ha causato l'infortunio mentre stava commettendo un delitto o un crimine, l'indennità giornaliera assicurata viene ridotta in conformità alla prassi LAINF.
4. Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurate per gli infortuni:
 - a) che lo stipulante ha causato intenzionalmente;
 - b) conseguenti a terremoti in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein;
 - c) conseguenti a eventi bellici in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
 - d) conseguenti a eventi bellici all'estero; se però lo stipulante 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 dallo stipulante;
 - g) conseguenti a disordini di ogni genere o alle contromisure prese a tale riguardo, a meno che lo stipulante 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 o da radiazioni nucleari; 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, 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. Lo stipulante si impegna a indicare a SWICA un conto bancario o postale svizzero quale recapito per i pagamenti.
2. Quale foro competente, lo stipulante può scegliere il foro competente ordinario, oppure il suo domicilio in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

ART. 30 IMPOSTA ALLA FONTE

Per gli stipulanti che soggiacciono all'imposta alla fonte, l'imposta viene detratta dalle prestazioni.

ART. 31 COMPENSAZIONE E RIMBORSO

Su richiesta scritta, lo stipulante è tenuto a rimborsare a SWICA le indennità giornaliere versate erroneamente. A favore di SWICA sussiste un diritto di compensazione. Allo stipulante 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 E LE NOTIFICHE?

1. Tutte le comunicazioni e le notifiche (inclusi gli avvisi di sinistro) dello stipulante o della persona assicurata o avente diritto devono essere indirizzate a SWICA. Le informazioni sui contatti si trovano nella polizza d'assicurazione.
2. Tutte le comunicazioni e notifiche (inclusi gli avvisi di sinistro) inviate da SWICA o dall'assicuratore avvengono in forma legalmente valida all'ultimo indirizzo in Svizzera notificato dallo stipulante o dalla persona assicurata o avente diritto o al contatto elettronico indicato.
3. Lo stipulante deve comunicare tempestivamente a SWICA tutti i cambiamenti della sua situazione personale che influenzano il rapporto assicurativo (p. es. cambiamento del rappresentante legale/pagatore dei premi, cambiamento di domicilio, cambiamento di sesso ecc.) per scritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo.

ART. 34 MODELLO DI TARIFFA DI PREMIO

Questo prodotto si basa su una tariffa età d'entrata.

GLOSSARIO.

Il presente glossario riporta le definizioni di alcuni termini utilizzati nelle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) e nelle Condizioni complementari (CC) secondo la LCA. Funge da ausilio per l'interpretazione dei concetti. Non costituisce parte integrante né delle CGA né delle CC.

Aliquota percentuale

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

Nelle assicurazioni complementari l'aliquota percentuale è una parte a carico dello stipulante calcolata come percentuale dei costi dei trattamenti o come contributo fisso per ogni giornata di degenza.

Per ulteriori spiegazioni vedere «Partecipazione ai costi».

Anno d'assicurazione

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

Assicurazione complementare

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

Assicurazione di base

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

Chirurgia maxillo-facciale

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

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

Contratto d'assicurazione collettiva

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

Contratto quadro

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

Elenco dei preparati farmaceutici per applicazione speciale (EPFA)

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

Elenco delle specialità (ES)

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

Elenco negativo

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

Emergenza/urgenza

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

Esclusione dalla copertura

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

Fornitore di prestazioni

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

Franchigia

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

Garanzia di assunzione dei costi

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

Infortunio

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

LAINF

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

LAMal

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

LCA

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

Liste ed elenchi

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

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

Malattia

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

Maternità

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

Medicina classica

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

Medicina complementare

La medicina complementare comprende tutte le forme terapeutiche che non rientrano nel settore della medicina classica. SWICA gestisce un elenco dei terapisti riconosciuti. Il servizio clienti SWICA è disponibile in qualsiasi momento per fornire agli stipulanti estratti dell'elenco secondo le richieste individuali (p. es. terapisti per una determinata specializzazione e in una determinata regione). L'elenco è messo a disposizione in forma digitale, viene aggiornato costantemente ed è consultabile in qualsiasi momento. Gli stipulanti possono ricevere in qualsiasi momento degli estratti dal servizio clienti SWICA.

Ospedali convenzionati

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

Ospedali figuranti nell'elenco

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

Ospedali riconosciuti da SWICA

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

Partecipazione ai costi

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

Premio

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

Reticenza (violazione dell'obbligo di dichiarazione)

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

Ricaduta

Ricomparsa di una malattia.

Stipulante

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

Swissmedic

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

Tariffa massima

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

Termine di disdetta/termine di modifica

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

Trattamento stazionario

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

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / [swica.ch](https://www.swica.ch)

