

## Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA

La forma al maschile utilizzata a volte nel presente testo si applica per analogia alle persone di sesso femminile.

CAGA04-I2 – edizione 01.01.2022

### Indice

<b>Art. 1</b>	Contratto d'assicurazione individuale per prodotto e basi del contratto d'assicurazione	<b>Art. 21</b>	Assicurazione multipla
<b>Art. 2</b>	Scopo dell'assicurazione	<b>Art. 22</b>	Sovrassicurazione
<b>Art. 3</b>	Definizioni	<b>Art. 23</b>	Fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore
<b>Art. 3a</b>	Tipo d'assicurazione	<b>Art. 24</b>	Tariffe dei fornitori di prestazioni
<b>Art. 4</b>	Validità territoriale	<b>Art. 25</b>	Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
<b>Art. 4a</b>	Mantenimento della copertura d'assicurazione in caso di trasferimento del domicilio all'estero	<b>Art. 26</b>	Fissazione dei premi
<b>Art. 5</b>	Persona proponente, persona contraente e persona assicurata	<b>Art. 26a</b>	Riduzione e bonus
<b>Art. 6</b>	Proposta d'assicurazione	<b>Art. 27</b>	Pagamento dei premi
<b>Art. 7</b>	Informazioni mediche	<b>Art. 27a</b>	Ingiunzione, diffida e precetto esecutivo
<b>Art. 8</b>	Riserve	<b>Art. 28</b>	Rimborso delle franchigie annue e delle aliquote
<b>Art. 9</b>	Modifica della copertura d'assicurazione	<b>Art. 29</b>	Modifica delle tariffe dei premi
<b>Art. 10</b>	Inizio del contratto e della copertura d'assicurazione	<b>Art. 30</b>	Compensazione
<b>Art. 11</b>	Reticenza	<b>Art. 31</b>	Doveri in caso di sinistro
<b>Art. 12</b>	Periodo d'assicurazione	<b>Art. 32</b>	Dovere di informare
<b>Art. 13</b>	Durata e disdetta del contratto d'assicurazione	<b>Art. 33</b>	Informazioni e controlli
<b>Art. 14</b>	Fine del contratto d'assicurazione	<b>Art. 34</b>	Dovere di ridurre il danno
<b>Art. 15</b>	Estensione e durata delle prestazioni assicurate	<b>Art. 35</b>	False fatture e frode all'assicurazione
<b>Art. 16</b>	Diritto alle prestazioni	<b>Art. 36</b>	Adeguamento delle condizioni d'assicurazione
<b>Art. 17</b>	Pagamento delle prestazioni	<b>Art. 37</b>	Comunicazioni
<b>Art. 18</b>	Esclusione delle prestazioni	<b>Art. 38</b>	Prescrizione
<b>Art. 19</b>	Colpa grave della persona assicurata	<b>Art. 39</b>	Condizioni particolari d'assicurazione
<b>Art. 20</b>	Pluralità di assicuratori e prestazioni di terzi	<b>Art. 40</b>	Contratto quadro
		<b>Art. 41</b>	Giurisdizione e foro competente
		<b>Art. 42</b>	Protezione dei dati
		<b>Art. 43</b>	Protezione dei dati concernente la consulenza e l'orientamento personalizzati

L'assicuratore è il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA.

### Art. 1 Contratto d'assicurazione individuale per prodotto e basi del contratto d'assicurazione

- Salvo deroghe previste dalle disposizioni contrattuali, il contratto d'assicurazione è disciplinato dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
- La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione, le presenti condizioni generali (CGC), le condizioni particolari e le convenzioni particolari costituiscono le basi del contratto d'assicurazione.

- Ogni prodotto d'assicurazione, disciplinato da idonee condizioni particolari, è oggetto di un contratto individuale e distinto.

### Art. 2 Scopo dell'assicurazione

- L'assicurazione copre in linea di massima le conseguenze economiche della malattia, della maternità e dell'infortunio.
- Le condizioni particolari di ogni prodotto d'assicurazione definiscono i rischi assicurati.

### **Art. 3 Definizioni**

1. Per malattia s'intende qualsiasi danno alla salute fisica, psichica o mentale che non è dovuto a un infortunio e che esige un esame o un trattamento medico o provoca un'incapacità lavorativa.

2. Per infortunio s'intende qualsiasi danno improvviso e involontario causato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che compromette la salute fisica, psichica o mentale o che causa la morte.

Le lesioni corporali ai sensi dell'articolo 6 cpv. 2 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) sono equiparate a un infortunio.

3. La maternità include la gravidanza, il parto e la convalescenza che ne segue.

### **Art. 3a Tipo d'assicurazione**

1. A meno che non sia diversamente previsto nelle condizioni particolari d'assicurazione, la copertura dei prodotti disciplinati dalle presenti condizioni generali rientra nella categoria di assicurazioni di danni.

2. Le coperture d'assicurazione che rientrano nell'ambito delle assicurazioni di danni risarciscono il danno effettivo subito fino all'importo delle prestazioni assicurate.

3. Le coperture d'assicurazione che rientrano nell'ambito delle assicurazioni di somme prevedono, in caso di sinistro, il pagamento della somma concordata contrattualmente indipendentemente dal danno effettivo subito.

### **Art. 4 Validità territoriale**

1. L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

2. Se una malattia si manifesta o un infortunio avviene in Svizzera e se la persona assicurata si fa curare in un altro paese, le spese di cura sono rimborsate soltanto se il medico curante, prima della cura all'estero, ha trasmesso all'assicuratore una richiesta e questi l'ha accettata.

### **Art. 4a Mantenimento della copertura in caso di trasferimento del domicilio all'estero**

1. A meno che le condizioni particolari d'assicurazione non prevedano diversamente, i prodotti d'assicurazione possono essere mantenuti se la persona assicurata si trasferisce all'estero durante la durata del contratto, senza possibilità d'aumento della copertura d'assicurazione, a condizione che la persona assicurata rimanga soggetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, conformemente all'accordo sulla libera circolazione delle persone tra l'UE e l'AELS o ad altri accordi internazionali di sicurezza sociale, o sia coperta da un'assicurazione equivalente secondo l'art. 7a dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

2. La persona assicurata domiciliata all'estero deve informare l'assicuratore entro 30 giorni se non soddisfa più i criteri di cui all'articolo 4a capoverso 1 delle presenti condizioni. In caso di violazione di questo obbligo, la persona assicurata deve rimborsare all'assicuratore le prestazioni erogate a partire dalla data in cui i criteri di cui sopra non sono più soddisfatti.

### **Art. 5 Persona proponente, persona contraente e persona assicurata**

1. La persona proponente è la persona che trasmette all'assicuratore una proposta di contratto d'assicurazione.

2. La persona contraente è la persona che ha sottoscritto un contratto con l'assicuratore.

3. La persona che è menzionata come assicurata nella polizza d'assicurazione è considerata la persona assicurata.

### **Art. 6 Proposta d'assicurazione**

1. L'invio di una proposta d'assicurazione non costituisce una richiesta di offerta, bensì una dichiarazione formale della persona proponente all'assicuratore di voler stipulare uno o più contratti d'assicurazione. La persona proponente rimane vincolata all'assicurazione conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 LCA, cioè per 14 giorni o per quattro settimane se sono richieste informazioni mediche.

2. La persona proponente può revocare la proposta al più tardi entro 14 giorni dall'invio della sua domanda di sottoscrizione di contratto. Questo termine è rispettato se la persona proponente consegna la revoca all'assicuratore conformemente all'articolo 37 CGC, o se consegna alla posta la sua notifica di revoca al più tardi entro l'ultimo giorno del termine.

3. Se la proposta è inviata dall'assicuratore, la persona contraente può revocare il contratto entro 14 giorni dalla sua accettazione.

4. La proposta d'assicurazione deve essere formulata tramite il modulo messo a disposizione dall'assicuratore. La persona proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano nella proposta d'assicurazione e nel questionario sullo stato di salute in modo completo e veritiero. È inoltre responsabile del fatto che le risposte fornite da un terzo o da un intermediario siano conformi alle sue istruzioni. Le persone assicurate devono autorizzare i terzi a fornire all'assicuratore i documenti e le informazioni di cui ha bisogno.

5. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione, di emettere riserve o di applicare sovrappremi se le condizioni particolari del prodotto lo prevedono. Non è tenuto a motivare la sua decisione.

6. Il rifiuto di uno o più prodotti della proposta d'assicurazione o l'emissione di una riserva su uno o più prodotti della proposta d'assicurazione non giustifica la revoca degli altri prodotti accettati dall'assicuratore.

7. Il rifiuto di prodotti di altri membri della famiglia della persona proponente o l'emissione di una riserva su prodotti di altri membri della famiglia della persona proponente (coniuge, figli) non giustifica la revoca della propria proposta o del(i) contratto(i) della persona proponente stessa.

8. La proposta d'assicurazione di una persona che non ha il diritto di esercitare i propri diritti civili deve essere ratificata dal suo rappresentante legale.

### **Art. 7 Informazioni mediche**

1. L'assicuratore può, a sue spese, esigere un rapporto medico.

2. Può altresì fare esaminare lo stato di salute della persona proponente da un medico da lui designato.

## Art. 8 Riserve

1. L'assicuratore può emettere delle riserve per le persone che, nel momento in cui compilano la proposta d'assicurazione, soffrono di una malattia o dei postumi di un infortunio. Sono altresì oggetto di riserva le malattie e gli infortuni di cui la persona assicurata ha sofferto anteriormente se, secondo l'esperienza, sono possibili ricadute.
2. L'affezione oggetto della riserva è comunicata alla persona assicurata per mezzo di una dichiarazione di consenso. La persona assicurata che accetta di stipulare il contratto con la riserva è tenuta a dare il suo consenso. Se la persona assicurata non esprime il proprio accordo entro il termine stabilito dall'assicuratore, quest'ultimo può considerare che la persona assicurata rinuncia al diritto di sottoscrivere la copertura oggetto della riserva.
3. Le riserve sono emesse per tutta la durata del contratto. La persona assicurata è libera di fare attestare a sue spese che una riserva non è più giustificata. In questo caso, l'assicuratore si riserva il diritto di mantenere la riserva in questione o di sopprimerla.

## Art. 9 Modifica della copertura d'assicurazione

1. La proposta di aumento della copertura d'assicurazione (ad esempio riduzione della franchigia, aumento del livello di copertura o del capitale assicurato) nell'ambito dello stesso prodotto è considerata una proposta di sottoscrizione di un nuovo contratto ai sensi degli articoli da 6 a 13 delle presenti CGC.
2. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare tale proposta o di emettere riserve alle condizioni e nei termini dell'articolo 1 LCA e dell'articolo 6 delle CGC. In particolare, le condizioni del contratto come il termine di disdetta e un eventuale termine di attesa (periodo iniziale del contratto durante il quale non si acquisisce la copertura assicurativa per tutte o alcune prestazioni) si applicano nuovamente e non ci sono diritti acquisiti ripresi dal vecchio contratto.
3. Una riduzione della copertura all'interno dello stesso prodotto è possibile solo alla scadenza della durata minima contrattuale, con un preavviso di un mese alla fine di un anno civile. Se la richiesta di riduzione della copertura è fatta a seguito di un aumento del premio, è richiesto solo un mese di preavviso per la fine di un anno civile.

## Art. 10 Inizio del contratto e della copertura d'assicurazione

1. Il contratto d'assicurazione è stipulato nel momento in cui l'assicuratore comunica alla persona proponente di aver accettato la proposta.
2. La copertura d'assicurazione comincia a decorrere dalla data d'entrata in vigore indicata nella polizza d'assicurazione.
3. Sono riservati i termini d'attesa previsti nelle condizioni particolari.

## Art. 11 Reticenza

1. Se la persona contraente, quando ha risposto alle domande, ha ommesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesat-

to un fatto importante che conosceva o doveva conoscere (reticenza), l'assicuratore ha il diritto di disdire il contratto, entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.

2. La disdetta diventa effettiva quando giunge alla persona contraente.

## Art. 12 Periodo d'assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile e va dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il primo periodo d'assicurazione va dalla data di entrata in vigore del contratto confermata nella polizza d'assicurazione fino alla fine dell'anno civile.

## Art. 13 Durata e disdetta del contratto d'assicurazione

1. Il contratto è sottoscritto senza limiti di durata, salvo disposizioni contrarie previste nelle condizioni particolari.
2. Al termine di tre periodi d'assicurazione, la persona contraente può disdire il contratto individualmente per la fine di un anno civile con preavviso di tre mesi. Fanno eccezione alcuni prodotti la cui durata al termine della quale la persona contraente può disdire il contratto secondo le condizioni particolari è diversa. Conformemente all'articolo 35a cpv. 4 LCA, soltanto la persona contraente può esercitare tale diritto di disdetta.
3. L'assicuratore può disdire il contratto in caso di frode o tentativo di frode.
4. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore deve corrispondere una prestazione, la persona contraente ha il diritto di disdire il prodotto d'assicurazione in questione entro 10 giorni dal momento in cui è venuta a conoscenza del pagamento dell'indennità. Conformemente all'articolo 35a cpv. 4 LCA, soltanto la persona contraente può esercitare tale diritto di disdetta. Se la persona contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta all'assicuratore. Quest'ultimo conserva il suo diritto al premio per il periodo di assicurazione in corso, se la persona contraente disdice il contratto entro un anno dall'entrata in vigore della copertura d'assicurazione. Negli altri casi, il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto.
5. Il diritto di disdire per violazione del diritto d'informare da parte dell'assicuratore al momento della stipula del contratto si estingue quattro settimane dopo che la persona contraente è venuta a conoscenza della violazione e delle informazioni, ma al massimo due anni dopo la violazione. La disdetta produce i suoi effetti non appena giunge all'assicuratore. Il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto, se questo è disdetto o cessa di produrre i suoi effetti prima della scadenza.
6. Il contratto può essere disdetto in qualsiasi momento dalla persona contraente o dall'assicuratore per giusti motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA.
7. La persona contraente deve notificare la disdetta in conformità con l'articolo 37 delle presenti CGC.

## Art. 14 Fine del contratto d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano:

- a. con il decesso della persona assicurata;
- b. con la disdetta del contratto d'assicurazione;
- c. se l'assicuratore recede dal contratto d'assicurazione a seguito del mancato pagamento dei premi, conformemente all'articolo 21 cpv. 1 LCA;
- d. in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alla data di partenza dal territorio svizzero comunicata alle autorità comunali o cantonali competenti e a condizione che non sia stato concordato altrimenti ai sensi dell'articolo 4a delle presenti condizioni d'assicurazione;
- e. se la persona assicurata domiciliata all'estero non soddisfa più le condizioni per il mantenimento della copertura secondo l'articolo 4a delle presenti condizioni d'assicurazione.

## Art. 15 Estensione e durata delle prestazioni assicurate

1. Le prestazioni erogate dall'assicuratore per ogni prodotto d'assicurazione sono disciplinate dalle condizioni particolari d'assicurazione corrispondenti.
2. Salvo disposizioni contrarie indicate nelle condizioni particolari d'assicurazione, le prestazioni in caso di infortunio sono le stesse di quelle erogate in caso di malattia.

## Art. 16 Diritto alle prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni può essere esercitato solo per le malattie o gli infortuni che insorgono durante la validità della copertura assicurativa.
2. La persona assicurata deve fornire all'assicuratore delle fatture dettagliate.
3. Su richiesta dell'assicuratore, la persona assicurata deve inviare la fattura originale e altri documenti giustificativi necessari (rapporti medici, prescrizioni, attestati di pagamento ecc.).

## Art. 17 Pagamento delle prestazioni

1. Le persone assicurate devono in genere pagare direttamente gli onorari ai fornitori di prestazioni. Essi accettano tuttavia le convenzioni stipulate tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni secondo cui, in deroga a quanto precisato, l'assicuratore paga direttamente gli onorari ai fornitori di prestazioni.
2. Le prestazioni coperte sono rimborsate non appena l'assicuratore riceve tutte le informazioni e i documenti che gli permettono di giustificare la fondatezza e l'importanza delle prestazioni richieste.
3. L'assicuratore può stilare il suo conteggio soltanto sulla base delle fatture dettagliate con indicati le date dei trattamenti, il tipo di trattamento, le prestazioni mediche dispensate, l'importo corrispondente ad ogni prestazione, nonché i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono dei fornitori di prestazioni svizzeri e stranieri. Qualora lo ritenesse opportuno, l'assicuratore può esigere, a spese della persona assicurata, la traduzione in una delle lingue nazionali dei documenti

in lingua straniera.

4. Le persone assicurate che risiedono all'estero devono comunicare all'assicuratore un indirizzo per il pagamento in Svizzera.

## Art. 18 Esclusione delle prestazioni

1. La copertura d'assicurazione è esclusa per:
  - a. le malattie, gli infortuni e i loro postumi che esistono già al momento della sottoscrizione del contratto o che sono oggetto di una riserva;
  - b. le malattie, gli infortuni e i loro postumi dopo la cessazione del contratto d'assicurazione, anche se durante la validità del contratto d'assicurazione sono state erogate prestazioni. Rimane riservato un obbligo di fornire prestazioni periodiche ai sensi dell'articolo 35c LCA;
  - c. per le cure dentarie, a condizione che la copertura non sia espressamente prevista nei vari prodotti d'assicurazione;
  - d. per i costi di un trattamento inefficace, inadeguato o non economico. Con il termine inefficace, si intende un trattamento la cui efficacia non è stata dimostrata con metodi scientifici. Con il termine inadeguato, si intende un trattamento che è controindicato o inappropriato, o dove l'indicazione medica non è chiaramente stabilita. Con il termine non economico, si intende che il trattamento avrebbe potuto essere sostituito da un trattamento alternativo più economico, o non è necessario;
  - e. per i trattamenti di infertilità;
  - f. – per interventi volti a correggere o eliminare difetti fisici o imperfezioni di natura estetica, a meno che non siano richiesti da un evento assicurato;  
– per cure di ringiovanimento o interventi destinati a migliorare le prestazioni fisiche;
  - g. per trattamenti derivanti da suicidio, mutilazione volontaria e tentativi di suicidio o mutilazione;
  - h. per i danni alla salute derivanti dall'azione delle radiazioni ionizzanti e i danni causati dall'energia atomica;
  - i. per le conseguenze di eventi di guerra:
    - in Svizzera;
    - all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista da questi eventi nel paese in cui si trova e la malattia o l'infortunio si verifichi entro 15 giorni dall'inizio di questi eventi;
  - j. per le conseguenze di disordini di qualsiasi tipo e le misure prese per combatterli, a meno che la persona assicurata non dimostri di non aver partecipato attivamente a tali ostilità a fianco degli istigatori o di non averle fomentate;
  - k. per le malattie causate dalla dipendenza dall'alcol;
  - l. per le malattie e gli infortuni dovuti all'uso eccessivo di farmaci o alcool o all'uso di stupefacenti (droghe);
  - m. per i cambiamenti di sesso, compreso il trattamento e i postumi;
  - n. per i trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per i compiti comuni degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha concluso forfait per caso. Questo vale anche per gli ospedali per i quali non è stato concordato alcun forfait per caso;
2. Sono altresì esclusi le malattie e gli infortuni che la persona assicurata subisce:

- a. durante il servizio militare all'estero;
- b. durante i terremoti;
- c. in caso di crimini o di delitti perpetrati o tentati intenzionalmente, come pure in caso di partecipazione ad atti di guerra o di terrorismo;
- d. in caso di incidenti stradali in cui la persona assicurata ha un tasso di alcolemia che costituisce un'infrazione grave secondo la legge sulla circolazione stradale;
- e. in caso di partecipazione a risse e tafferugli, a meno che la persona assicurata non sia stata ferita dai protagonisti benché non partecipasse agli eventi o mentre portava soccorso ad una persona indifesa;
- f. in occasione di pericoli ai quali la persona assicurata si espone provocando gravemente gli altri;
- g. partecipando ad atti temerari, vale a dire atti durante i quali la persona assicurata si espone ad un pericolo particolarmente grande senza poter prendere le adeguate misure che possono ridurre il rischio ad un livello ragionevole.

### **Art. 19 Colpa grave della persona assicurata**

Se i sinistri sono la conseguenza di una colpa grave della persona assicurata, l'indennità dell'assicuratore è ridotta in proporzione alla colpa.

### **Art. 20 Pluralità di assicuratori e prestazioni di terzi**

1. In conformità alle presenti condizioni generali d'assicurazione, tutte le prestazioni sono erogate in complemento alle prestazioni degli assicuratori stranieri e svizzeri, sociali e privati, in particolare anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2. In caso di assicurazione multipla ai sensi della LCA, ogni assicuratore è responsabile del danno nella proporzione in cui la somma da lui assicurata è proporzionale alla somma totale assicurata.
3. Dal momento che si verifica l'evento assicurato, l'assicuratore subentra, fino a concorrenza delle prestazioni fornite, ai diritti della persona assicurata contro qualsiasi terzo responsabile. L'assicuratore non è vincolato dagli accordi stipulati tra la persona assicurata e i terzi tenuti a prestazioni.
4. In mancanza di copertura da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal, le prestazioni del contratto d'assicurazione sono erogate così come se tale copertura esistesse.

### **Art. 21 Assicurazione multipla**

1. Quando lo stesso interesse è assicurato contro lo stesso rischio e per lo stesso tempo da più di un assicuratore, in modo che il totale delle somme assicurate superi il valore d'assicurazione (assicurazione multipla), la persona contraente è tenuta a notificarlo subito all'assicuratore.
2. Se la persona assicurata non è a conoscenza dell'assicurazione multipla quando viene concluso un contratto successivo, può rescindere questo contratto entro quattro settimane dalla scoperta dell'assicurazione multipla.
3. Se la persona contraente ha omesso intenzionalmente di

dare tale notifica, o se ha stipulato un'assicurazione multipla con l'intento di procurarsi in questo modo un profitto illecito, l'assicuratore non è vincolato dal contratto. L'assicuratore avrà diritto all'integralità del premio convenuto.

### **Art. 22 Sovrassicurazione**

1. Le prestazioni d'assicurazione fornite nell'ambito dei prodotti disciplinati dalle presenti condizioni generali non devono comportare un sovraindennizzo della persona contraente.
2. In caso di sovraindennizzo, le prestazioni saranno ridotte di conseguenza.
3. Questa disposizione non si applica ai prodotti che rientrano nelle assicurazioni di somme.

### **Art. 23 Fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore**

1. L'assicuratore assume i costi delle cure fornite da fornitori riconosciuti sia dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal che dall'assicuratore.
2. L'assicuratore può riconoscere altri fornitori di prestazioni che non sono riconosciuti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal.
3. **Prima di ogni trattamento, la persona assicurata deve informarsi se il fornitore di prestazioni presso cui si farà curare fa parte dei fornitori riconosciuti dall'assicuratore.**
4. L'assicuratore può tenere una lista di fornitori di prestazioni riconosciuti o esclusi.
5. L'assicuratore può modificare in qualsiasi momento la cerchia dei fornitori di prestazioni menzionati nei precedenti capoversi 1 e 2.
6. Un tale cambiamento non dà alla persona assicurata il diritto di disdire il contratto.

### **Art. 24 Tariffe dei fornitori di prestazioni**

1. L'assicuratore riconosce le tariffe valide per le assicurazioni sociali svizzere e le tariffe private, alle quali aderisce, applicate secondo convenzione.
2. È possibile pretendere prestazioni soltanto limitatamente alla tariffa che l'assicuratore riconosce per il fornitore di prestazioni in questione.
3. Gli accordi sugli onorari, convenuti tra i fornitori di prestazioni e le persone assicurate, non vincolano l'assicuratore.
4. In caso di controversia sulla tariffa delle prestazioni, la persona assicurata cede all'assicuratore i suoi diritti contro il fornitore di prestazioni.

### **Art. 25 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni**

Le persone assicurate non possono né cedere, né costituire in pegno i loro crediti verso l'assicuratore, senza il suo consenso.

### **Art. 26 Fissazione dei premi**

1. I premi sono fissati in una tariffa per prodotto d'assicurazione.
2. La tariffa può prevedere premi differenziati secondo il ses-

so, la regione di domicilio e la fascia d'età della persona assicurata, così come altri criteri definiti nelle condizioni particolari.

3. Le fasce d'età determinanti sono in genere definite nelle condizioni particolari d'assicurazione.
4. Un cambiamento di fascia d'età comporta in genere un adeguamento automatico del premio per le persone assicurate in questione.
5. L'assicuratore può modificare lo scaglionamento dell'ultima fascia d'età se ciò è giustificato da ragioni demografiche o attuariali.
6. L'assicuratore può modificare le regioni di premio se ciò è giustificato da una diversa evoluzione dei costi all'interno di una regione di premio o tra diverse regioni di premio.
7. In caso di aumento del premio a causa di un cambiamento di fascia d'età, di una modifica dello scaglionamento dell'ultima fascia d'età o delle regioni di premio, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto conformemente all'articolo 29 cpv. 3 delle presenti CGC.

### **Art. 26a Riduzioni e bonus**

1. L'assicuratore può concedere riduzioni o bonus, il cui tipo è specificato nella polizza di assicurazione e/o nelle condizioni particolari d'assicurazione.
2. Le categorie di riduzioni sono le seguenti:
  - a. Le riduzioni legate a un contratto quadro: queste sono definite nell'articolo 40 delle presenti CGC.
  - b. Le riduzioni di abbinamento: nelle condizioni particolari o contrattuali sono definiti gli abbinamenti che danno diritto a una riduzione. Tale riduzione può essere modificata conformemente all'articolo 29 delle presenti CGC.
  - c. Le riduzioni derivanti da un'offerta limitata nel tempo: il diritto alla riduzione è valido per un periodo di tempo definito contrattualmente.
  - d. Le riduzioni per famiglie, per bambini e per giovani: il diritto alla riduzione è valido finché la persona assicurata soddisfa i criteri di concessione. Nelle condizioni particolari sono definiti i criteri per la concessione della riduzione. L'assicuratore può modificare o abolire in qualsiasi momento le riduzioni o i bonus con effetto al più tardi dalla fine dell'anno civile in corso.
3. In caso di riduzione/abolizione delle riduzioni o dei bonus, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto ai sensi dell'articolo 29 cpv. 3 delle presenti CGC. Non sussiste alcun diritto di disdetta se le condizioni contrattuali per la concessione di riduzioni o bonus non sono più soddisfatte dalla persona contraente, o se le riduzioni o i bonus sono concessi nell'ambito di campagne promozionali limitate nel tempo.

### **Art. 27 Pagamento dei premi**

1. I premi sono pagabili anticipatamente e annualmente in Svizzera; possono anche essere pagati a rate semestrali, trimestrali o mensili previo accordo speciale e con un supplemento per spese.
2. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese in cui inizia o finisce l'adesione.

### **Art. 27a Ingiunzione, diffida e precetto esecutivo**

1. Se il premio non è pagato alla scadenza, il debitore riceve una diffida, a sue spese, per effettuare il pagamento entro 14 giorni dalla data dell'invio della diffida, con indicate le conseguenze del ritardo. Se la diffida non produce alcun effetto, l'obbligo di erogare le prestazioni cessa una volta trascorso il termine della diffida.
2. La persona assicurata non può pretendere il rimborso di prestazioni per malattie, infortuni e loro postumi che esistevano o che si sono manifestati durante la sospensione dell'obbligo di erogare le prestazioni, anche se il premio è stato poi pagato.
3. Quando l'assicuratore avvia una procedura esecutiva contro la persona contraente, può reclamarle le spese amministrative.

### **Art. 28 Rimborso delle franchigie annue e delle aliquote**

1. Quando l'assicuratore rimborsa direttamente i fornitori di prestazioni, la persona contraente ha l'obbligo di restituire all'assicuratore la franchigia annua convenuta e/o l'aliquota entro 30 giorni dalla data di fatturazione dell'assicuratore.
2. Se la persona contraente non rispetta tale obbligo di pagamento, si applica per analogia l'articolo 27a.

### **Art. 29 Modifica delle tariffe dei premi**

1. L'assicuratore può adeguare ogni anno la tariffa dei premi e le riduzioni dei premi (conformemente all'articolo 26a) in particolare in caso di:
  - cambiamenti nella frequenza o nell'onere dei sinistri;
  - adeguamento dell'estensione della copertura in conformità all'articolo 36 delle presenti CGC.
2. L'assicuratore informa la persona contraente delle nuove disposizioni contrattuali almeno 30 giorni prima della fine del periodo d'assicurazione.
3. In caso di aumento del premio (cfr. cpv. 1 di cui sopra), la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione interessato dall'aumento entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica dell'aumento, con effetto dalla fine del periodo di assicurazione in corso. L'assicuratore deve ricevere una notifica di disdetta entro 30 giorni. Se la persona contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti dei premi sono considerati accettati.
4. La persona contraente non ha il diritto di disdire il contratto in caso di riduzione della tariffa del premio (cfr. cpv. 1 di cui sopra).
5. Una modifica della tariffa del premio dovuta a un trasloco non è considerata un adeguamento del premio ai sensi delle disposizioni di cui sopra. Il diritto di disdetta non si applica in questo caso.

## **Art. 30 Compensazione**

1. L'assicuratore può compensare delle prestazioni scadute con crediti nei confronti delle persone assicurate.
2. Le persone assicurate non hanno alcun diritto di compensazione nei riguardi dell'assicuratore.

## **Art. 31 Doveri in caso di sinistro**

1. Quando richiede prestazioni d'assicurazione, la persona assicurata deve trasmettere all'assicuratore tutti i certificati medici, i rapporti, i giustificativi e le fatture dei diversi fornitori di prestazioni, al massimo entro i termini previsti nell'articolo 38 delle presenti condizioni generali. Sono accettate soltanto le fatture originali.
2. L'assicuratore deve essere informato al massimo entro cinque giorni, dell'ammissione in ospedale o in clinica della persona assicurata. Se è richiesta una garanzia per l'assunzione delle spese, la notifica deve essere effettuata prima dell'ammissione.
3. La persona assicurata o la persona avente diritto deve comunicare all'assicuratore qualsiasi infortunio il più presto possibile, ma al massimo entro 10 giorni dal suo insorgere. Deve fornire tutte le informazioni relative a:
  - a. il momento, il luogo, le circostanze e i postumi dell'infortunio;
  - b. il medico o l'ospedale;
  - c. gli eventuali responsabili e le assicurazioni interessati.
4. La persona avente diritto deve comunicare all'assicuratore il decesso della persona assicurata al massimo entro 30 giorni, anche se l'infortunio è già stato comunicato.
5. In caso di violazione degli obblighi in caso di sinistro, l'assicuratore può ridurre o rifiutare le prestazioni. Queste sanzioni non si applicano, se la violazione degli obblighi non è imputabile alla persona assicurata o se la persona assicurata può dimostrare che la violazione degli obblighi non ha alcuna influenza sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità delle prestazioni dovute dall'assicuratore.

## **Art. 32 Doveri di informare**

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, luogo di domicilio, conto bancario o postale, e-mail, telefono) e i decessi devono essere comunicati subito all'assicuratore. In caso di violazione dei suoi obblighi, la persona assicurata si assumerà le conseguenze e le spese che ne derivano.
2. Se la persona assicurata trasferisce la sua residenza o il suo domicilio fuori dalla Svizzera, deve avvisare l'assicuratore e presentare un certificato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su questa base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione alla data di partenza indicata nell'attestato.
3. Se la persona assicurata non notifica al comune o al cantone la sua partenza o non la notifica entro un termine adeguato, l'assicuratore può disdire il contratto con effetto retroattivo alla data effettiva della partenza notificata al comune o al cantone. In questo caso, le prestazioni indebite saranno reclamate alla persona assicurata.
4. Sono riservati i contratti proseguiti a causa del mantenimento dell'assicurazione obbligatoria delle cure sanitarie in Svizzera ai sensi dell'articolo 4a.

## **Art. 33 Informazioni e controlli**

1. La persona assicurata autorizza espressamente i fornitori di prestazioni che l'hanno curata durante una malattia, un infortunio o in altre occasioni, a fornire al medico di fiducia dell'assicuratore tutte le informazioni di cui ha bisogno per la valutazione delle conseguenze del caso. Inoltre, li svincola in tal modo dal segreto professionale.
2. Quando l'assicurazione è stata stipulata in complemento ad un altro assicuratore sociale o privato, la persona assicurata deve fornire all'assicuratore il conteggio delle prestazioni che gli sono state versate dagli altri assicuratori.
3. L'assicuratore ha il diritto di chiedere a sue spese delle perizie effettuate da medici o specialisti di sua scelta per definire lo stato di salute della persona assicurata o la sua capacità di lavoro. La persona assicurata deve sottoporsi a tali perizie mediche che servono a determinare la diagnosi e a definire il diritto alle prestazioni.
4. La persona assicurata deve sottoporsi in qualsiasi momento al controllo degli ispettori e dei medici di fiducia dell'assicuratore. Dovrà seguire le prescrizioni di questi ultimi per accelerare la guarigione. La persona assicurata che rifiuta di sottoporsi a un controllo da parte di un medico specialista designato liberamente dall'assicuratore si espone al rifiuto delle prestazioni.

## **Art. 34 Doveri di ridurre il danno**

1. La persona assicurata, dall'inizio della malattia o dell'infortunio, deve consultare un fornitore di prestazioni diplomato e in possesso di un'autorizzazione di esercitare e seguirne interamente le prescrizioni. Deve evitare tutto ciò che potrebbe nuocere alla sua guarigione o prolungare la malattia e deve attenersi alle indicazioni che il fornitore di prestazioni le ha dato per quanto concerne le ore di uscita autorizzate. L'assicuratore non risponde dell'aggravarsi delle conseguenze di una malattia o di un infortunio dovuto alla consultazione tardiva di un fornitore di prestazioni o all'inosservanza delle sue prescrizioni.
2. La persona assicurata non può indurre il fornitore di prestazioni ad effettuare trattamenti e controlli inutili o non economici (ad esempio visite a domicilio inutili, degenze ospedaliere invece di trattamenti in ambulatorio, turismo medico...).

## **Art. 35 False fatture e frode all'assicurazione**

1. Le prestazioni non sono concesse in caso di fatture false o falsificate, nonché in caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione.
2. In questi casi, la persona assicurata deve assumere le spese derivanti dal controllo che l'assicuratore ha effettuato e dal trattamento dell'incanto.

## **Art. 36 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione**

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le condizioni generali e particolari dei prodotti d'assicurazione se vi sono modifiche nei seguenti campi:
  - a. sviluppo della medicina moderna;

- b. istituzione di forme di terapia nuove o onerose, come ad esempio le tecniche operatorie, medicinali e altri casi simili;
  - c. aumento del numero o creazione di nuovi generi di fornitori di prestazioni;
  - d. modifiche delle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2. Le nuove condizioni si applicano alla persona contraente e all'assicuratore se sono adeguate secondo il primo capoverso durante la validità dell'assicurazione.
  3. L'assicuratore informa le persone assicurate di questi adeguamenti. Se la persona contraente non li accetta, può disdire il contratto in questione con effetto dalla data in cui gli adeguamenti hanno effetto. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono considerate accettate.

## **Art. 37 Comunicazioni**

1. Le comunicazioni della persona contraente e dell'assicuratore possono essere validamente indirizzate per iscritto o tramite qualsiasi forma che consenta la prova per testo (e-mail o mezzi di comunicazione messi a disposizione dall'assicuratore), ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente devono essere inviate agli indirizzi postali o elettronici indicati nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
3. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato all'assicuratore dalla persona contraente o dalla persona assicurata.
4. L'assicuratore può anche inviare comunicazioni generali alle persone assicurate per mezzo del giornale destinato agli assicurati. Una persona assicurata che non desidera più ricevere questo giornale può richiederlo all'assicuratore, nel qual caso l'assicuratore sarà liberato da ogni responsabilità per le comunicazioni pubblicate. Queste comunicazioni possono anche essere fatte sul sito web dell'assicuratore e in un documento allegato all'invio annuale delle polizze d'assicurazione.

## **Art. 38 Prescrizione**

I crediti inerenti al contratto d'assicurazione cadono in prescrizione dopo cinque anni dalla nascita dell'obbligo.

## **Art. 39 Condizioni particolari d'assicurazione**

1. Per tutti i prodotti d'assicurazione, l'assicuratore emana delle condizioni particolari che completano e precisano le presenti condizioni generali.
2. Eventuali disposizioni contrarie delle condizioni particolari si applicano al posto delle presenti condizioni generali.

## **Art. 40 Contratto quadro**

1. Per tutti i prodotti d'assicurazione, l'assicuratore può stipulare contratti quadro con partner contrattuali (co-contraenti) per l'adesione di persone che hanno un certo rapporto giuridico con questo co-contraente.
2. L'assicuratore può concedere riduzioni di premio in relazio-

ne a un contratto quadro.

3. Le condizioni di concessione e di abolizione delle riduzioni sono comunicate alla persona assicurata prima della sottoscrizione del contratto.
4. In funzione dell'evoluzione della frequenza o dell'onere dei sinistri, le riduzioni possono essere modificate conformemente all'articolo 29 delle presenti CGC.
5. Una modifica del contratto quadro può comportare la modifica o l'abolizione delle riduzioni, con effetto dalla fine del periodo d'assicurazione in corso.
6. Il diritto alla riduzione si estingue, in ogni caso, se la persona assicurata esce dalla cerchia delle persone assicurate o se il contratto quadro viene sciolto.
7. In caso di riduzione o di abolizione della riduzione, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto in questione entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica dell'adeguamento, con effetto dalla fine del periodo di assicurazione in corso.

## **Art. 41 Giurisdizione e foro competente**

1. Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio svizzero e in franchi svizzeri.
2. In caso di litigio, la persona contraente o la persona avente diritto può scegliere sia i tribunali del suo domicilio in Svizzera, sia quelli della sede dell'assicuratore. Rimangono tuttavia riservate le convenzioni internazionali.

## **Art. 42 Protezione dei dati**

### **Dati personali e sensibili**

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e sensibili della persona contraente, della persona assicurata e, se del caso, delle persone aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto del Groupe Mutuel Vita GMV SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società del Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Con l'espressione «dati personali» si intendono in particolare le informazioni relative alle persone interessate, che includono le informazioni relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono in particolare le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

### **Base giuridica**

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessa-



te, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

### **Finalità**

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale. A tal fine, questi dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

### **Sicurezza**

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (per esempio un riassicuratore) si impegnano ad attuare tutte le disposizioni necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

### **Trasferimento dei dati**

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati a terzi (per esempio intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, aventi diritto, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata), anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi giuridici, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere dato esplicitamente se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario d'assicurazione e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che l'interessato può avere autorizzato presso terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati dei terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato o per esercitare i propri diritti rispetto a tale trattamento.

### **Profilatura**

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, la persona interessata può essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le sue aspettative, il suo profilo e le sue esigenze.

### **Durata di conservazione**

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali controversie tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario d'assicurazione o i terzi.

### **Diritti di accesso e di rettifica**

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

### **Data Protection Officer**

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (adetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

[dataprotection@groupemutuel.ch](mailto:dataprotection@groupemutuel.ch)

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nel sito Internet del Groupe Mutuel: [www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch).

## **Art. 43 Protezione dei dati concernenti la consulenza e l'orientamento personalizzati**

1. L'assicuratore può raccogliere e utilizzare informazioni demografiche, contrattuali e mediche della persona assicurata dall'inizio del contratto di assicurazione per i seguenti scopi:
  - emettere raccomandazioni sulla prevenzione e sulla promozione della salute;
  - fornire consulenza su tutte le questioni relative alla salute;
  - raccomandare i fornitori di prestazioni adatti a trattare il problema di salute della persona assicurata;
  - fare offerte mirate per prodotti o servizi che soddisfano i criteri di economia.
2. I dati utilizzati per fornire le prestazioni descritte al paragrafo 1 possono essere tratti da tutti gli incarti riguardanti la persona assicurata compilati presso una delle società del Groupe Mutuel Holding SA (compresa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie).
3. Affinché i dati degli incarti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possano essere comunicati per uno degli scopi summenzionati, l'assicuratore richiederà in ogni singolo caso il consenso espresso supplementare della persona assicurata.
4. La persona assicurata può ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'articolo 42 delle presenti condizioni di assicurazione.

## Condizioni particolari dell'assicurazione ActiVita

AJGA01-I5 – edizione 01.06.2006

### Indice

<b>Art. 1</b>	Scopo dell'assicurazione	<b>Art. 7</b>	Obblighi dell'assicurato
<b>Art. 2</b>	Estensione della copertura	<b>Art. 8</b>	Premi
<b>Art. 3</b>	Condizione d'adesione	<b>Art. 9</b>	Proroga della copertura Acrobat (AB)
<b>Art. 4</b>	Prestazioni assicurate	<b>Appendice A</b>	
<b>Art. 5</b>	Copertura in caso di attività sportive	<b>Appendice B</b>	
<b>Art. 6</b>	Atti temerari		

Le seguenti disposizioni sono regolate dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la cui data d'edizione è indicata nella polizza d'assicurazione.

### Art. 1 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione ActiVita copre le conseguenze economiche di un infortunio.
2. Accorda prestazioni in complemento alle assicurazioni obbligatorie secondo la LAMal, la LAINF e la LAM.
3. Le malattie (comprese le malattie professionali ai sensi della LAINF) non sono incluse nella copertura assicurativa.

### Art. 2 Estensione della copertura

1. Se i danni alla salute sono solo parzialmente dovuti ad un infortunio assicurato, le prestazioni sono determinate in proporzione, sulla base di una perizia medica.
2. Le ricadute e i postumi di infortuni avvenuti prima della sottoscrizione del contratto non sono assicurati.
3. I casi di ricadute sono presi in considerazione nell'ambito del contratto per cinque anni dal verificarsi dell'infortunio assicurato e a condizione che la polizza sia in vigore al momento della ricaduta.
4. Dopo la fine del contratto d'assicurazione, gli infortuni e i loro postumi non sono coperti.

### Art. 3 Condizione d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può sottoscrivere l'assicurazione ActiVita fino a 60 anni.

### Art. 4 Prestazioni assicurate

L'assicuratore accorda le seguenti prestazioni.

#### 1. Degenze in ospedale

##### 1. Informazioni generali

In caso di ricovero in seguito ad infortunio, l'assicuratore assume le spese di cura e di degenza nel reparto privato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto, fino a quando l'infortunato è considerato di tipo grave.

#### 2. Degenze ospedaliere per la riabilitazione

Per le degenze ospedaliere di riabilitazione, l'assicuratore assume per 120 giorni (al massimo) le spese di cura e di degenza nel reparto privato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto.

#### 3. Ospedalizzazione all'estero

Se un assicurato è vittima di un infortunio all'estero ed ha bisogno di un trattamento ospedaliero di tipo acuto, l'assicuratore assume per 90 giorni al massimo (per ogni caso) le spese di cura e di degenza, ma al massimo Fr. 3'000.– al giorno.

#### 2. Spese di ricerca, salvataggio e trasporti d'urgenza

L'assicuratore assume le spese di salvataggio di un assicurato vittima di un infortunio e di trasporto d'urgenza dal medico o all'ospedale più vicino.

Rimborsa inoltre le spese per la ricerca di una persona scomparsa, se si ha motivo di credere che questa non ne aveva l'intenzione e che molto probabilmente la sua vita è seriamente in pericolo in seguito ad un infortunio.

Per tali spese, il rimborso massimo è di Fr. 60'000.– per ogni caso.

#### 3. Rimpatrio sanitario

In caso di necessità:

n° di telefono 0848 808 111 (+41 848)

I trasporti per il rimpatrio sono coperti previo accordo dell'assicuratore.

Le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato sono rimborsate fino a concorrenza di Fr. 10'000.–.

#### 4. Spese di trasporto per seguire un trattamento medico

L'assicuratore rimborsa le spese di trasporto, in Svizzera, necessarie per seguire un trattamento medico ambulatoriale successivo ad un ricovero, quando i postumi dell'infortunio in questione non permettono all'assicurato di spostarsi con mezzi di locomozione propri.

Per tali spese, il rimborso massimo è di Fr. 1'500.– per ogni caso.

#### 5. Chirurgia estetica

Previo accordo dell'assicuratore, l'assicurazione copre anche i trattamenti di chirurgia estetica, in Svizzera, necessari in seguito ad un infortunio assicurato.

Per tali spese, il rimborso massimo è di Fr. 60'000.– per ogni caso.

#### 6. Abbonamento per attività sportive

Se, in seguito ad un infortunio, l'assicurato non può più praticare alcuna attività sportiva, l'assicuratore rimborsa, pro rata temporis e dietro presentazione dei giustificativi originali, i forfait o abbonamenti per attività sportive sottoscritti prima dell'infortunio, che non possono più essere utilizzati.

Per tali spese, il rimborso massimo è di Fr. 500.– per ogni caso.

#### 7. Assistenza telefonica d'urgenza

In caso di necessità:

n° di telefono 0848 808 111 (+41 848)

In caso d'infortunio in cui è coinvolto l'assicurato e per cui è necessario un trattamento o un esame medico dell'assicurato o di un terzo, l'assicurato beneficia di un'assistenza giuridica telefonica (risposta alle domande più urgenti dell'assicurato).

#### 8. Custodia del domicilio

In caso di necessità: n° telefono 0848 808 111 (+41 848)

In caso di infortunio per cui è necessario un ricovero di più di 24 ore, l'assicuratore copre le seguenti prestazioni di servizio fornite dal partner da lui designato, fino ad un importo di Fr. 1'500.– per ogni caso e fino a quando il ricovero è giustificato per ragioni mediche:

- controllare il frigorifero e il congelatore,
- verificare gli impianti elettrici,
- svuotare la cassetta della posta e trasmettere la posta all'assicurato o alla persona da questo designata,
- prendersi cura degli animali domestici e dar loro da mangiare,
- innaffiare le piante,
- areare le camere.

Nessuna prestazione è dovuta se le chiavi del domicilio dell'assicurato non sono disponibili in Svizzera.

L'appendice B precisa le condizioni d'intervento del partner designato dall'assicuratore.

### Art. 5 Copertura in caso di attività sportive

La copertura assicurativa si estende alle attività sportive praticate a livello amatoriale, a condizione che non siano considerati atti temerari ai sensi del seguente articolo 6.

### Art. 6 Atti temerari

1. Sono considerati atti temerari quelle attività con cui l'assicurato si espone volontariamente ad un pericolo particolarmente grave senza volere o potere limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. In caso di dubbio, si applicano per analogia le norme della LAINF.

Sono in particolare considerati atti temerari:

- le corse automobilistiche (compresi gli allenamenti),
- gli incontri di boxe, full-contact, ecc.;
- il karaté estremo,

- le corse in barche a motore (compreso gli allenamenti),
  - il KL, chilometro lanciato (caccia al record di velocità di sci),
  - il base-jump,
  - l'immersione subacquea a più di 40 metri di profondità.
- In caso di atti temerari, l'assicuratore non versa alcuna prestazione.

2. Non sono considerati atti temerari, a condizione che siano praticati in situazioni normali:

- il bungee-jumping (salto con l'elastico)
- l'immersione subacquea (fino a 40 metri di profondità)
- l'hydrospeed
- il canyoning
- il river rafting
- il paracadutismo e il parapendio

### Art. 7 Obblighi dell'assicurato

1. Prima di qualsiasi ricovero per un trattamento di riabilitazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto o la clinica dove si farà curare fanno parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.
2. Se l'assicurato desidera beneficiare delle prestazioni specificate all'articolo 4.3, 4.7 e 4.8, deve immediatamente comunicare l'infortunio al numero di telefono 0848 808 111 (dall'estero +41 848 808 111).

### Art. 8 Premi

L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua classe d'età è automaticamente trasferito nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:

- da 0 a 18 anni;
- da 19 a 25 anni;
- dal 26° anno e fino al 71° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.

### Art. 9 Proroga della copertura Acrobat (AB)

1. La persona assicurata può sottoscrivere l'assicurazione ActiVita senza dover compilare il questionario sullo stato di salute se essa sostituisce un'assicurazione Acrobat del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA subito dopo la scadenza per raggiungimento dell'età termine dell'assicurato. Le riserve esistenti nell'assicurazione Acrobat sono riprese nel nuovo contratto.
2. In questo caso, e in deroga all'articolo 2.2 delle presenti condizioni particolari, le ricadute e i postumi d'infortunio coperti nell'ambito dell'assicurazione Acrobat sono assicurati.

## Appendice A – tabella sinottica delle prestazioni d'assicurazione

	<b>Prestazioni</b>	<b>Rimborso</b>
<b>In tutto il mondo</b>	Ricoveri nel reparto privato	– illimitato in Svizzera – max. Fr. 3'000.–/giorno all'estero
	Spese di ricerca, salvataggio e trasporto d'urgenza	max. Fr. 60'000.–/caso
	Rimpatrio sanitario	illimitato
	Assistenza giuridica telefonica	24 ore su 24, 7 giorni su 7
<b>In Svizzera</b>	Degenze ospedaliere per la riabilitazione	max. 120 giorni/caso
	Spese di trasporto per seguire un trattamento medico	max. Fr. 1'500.–/caso
	Chirurgia estetica (ambulatorio e degenza)	max. Fr. 60'000.–/caso
	Custodia a domicilio	max. Fr. 1'500.–/caso
	Rimborso dell'abbonamento per attività sportive	max. Fr. 500.–/caso

## Appendice B – Servizio di custodia del domicilio

### **Tipo di prestazioni/mansioni fornite dal partner designato dall'assicuratore**

Le prestazioni fornite sono determinate di comune accordo tra l'assicurato (o un terzo che agisce a suo nome) e il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore.

L'elenco delle mansioni specificato nell'articolo 4.8 delle presenti condizioni è determinante.

L'assicurato (o un terzo che agisce a suo nome) deve comunicare immediatamente e per iscritto al fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore qualsiasi reclamo relativo all'esecuzione delle mansioni.

### **Responsabilità civile del partner designato dall'assicuratore**

L'assicurato è coperto per i danni derivanti dall'imperfetta esecuzione del mandato affidato in conformità alla polizza d'assicurazione sottoscritta dal fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore. Le lesioni fisiche e i danni materiali sono coperti, insieme, fino a concorrenza di Fr. 10'000'000.–, e i danni patrimoniali fino a concorrenza di Fr. 1'000'000.– per ogni caso.

L'assicurato rinuncia a qualsiasi altra richiesta di risarcimento nei confronti del fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore.

Il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore declina in particolare ogni responsabilità per danni dovuti a difetti tecnici di impianti e apparecchi, come pure a furti o aggressioni.

Il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore declina altresì ogni responsabilità per le prestazioni non fornite o eseguite in ritardo a causa di incidenti, di servizi di cattiva qualità da parte di terzi (ad esempio la rete di telecomunicazione e la corrente elettrica) o di ingorghi stradali.

### **Registrazioni telefoniche**

L'assicurato è consapevole che il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore registra, se necessario, le conversazioni telefoniche con esso avute.

### **Diritto applicabile/foro**

I rapporti giuridici tra l'assicurato e il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore sono regolati dal diritto svizzero; il foro competente è quello della sede sociale del fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore.