

Condizioni d'assicurazione di Assura - Indice

Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal [Cliccare qui](#)

Condizioni speciali d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal

Basis	Cliccare qui
FeminaVita	Cliccare qui
Ospedale di fiducia (edizione 2026 e 2027)	Cliccare qui
Medico di famiglia	Cliccare qui
MediTel	Cliccare qui
PharMed	Cliccare qui
PreventoMed (edizione 2025 e 2027)	Cliccare qui
QualiMed (edizione 2026 e 2027)	Cliccare qui
Rete delle cure	Cliccare qui

Condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare [Cliccare qui](#)

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare

Complementa Extra	Cliccare qui
Denta Sana	Cliccare qui
Denta Ortho	Cliccare qui
Hospita	Cliccare qui
Lexa	Cliccare qui
Materna Varia	Cliccare qui
Medna	Cliccare qui
Mondia	Cliccare qui
Mondia Plus	Cliccare qui
Natura	Cliccare qui
Optima Flex Varia	Cliccare qui
Optima Plus Varia	Cliccare qui
Optima Varia	Cliccare qui
Pecunia	Cliccare qui
Previsia	Cliccare qui
Previsia Extra	Cliccare qui
Previsia Plus	Cliccare qui
Previsia Maxi	Cliccare qui
Previsia Malattia	Cliccare qui
Ultra Varia	Cliccare qui

Lista dei fornitori di prestazioni per Optima Flex Varia	Cliccare qui
Lista dei fornitori di prestazioni per Optima Plus Varia	Cliccare qui
Lista dei fornitori di prestazioni per Optima Varia	Cliccare qui

Condizioni dell'assistenza turistica [Cliccare qui](#)

Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera ai sensi della LAMal

Edizione 01.2026

Articolo 1 - Campo di applicazione delle condizioni generali

1.1 I diritti e gli obblighi dell'assicurato e di Assura-Basis SA (qui di seguito «Assura») sono determinati in primo luogo dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA) e dalla Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal), nonché dalle rispettive Ordinanze. Le presenti condizioni generali di assicurazione si applicano a complemento e nel rispetto della legislazione precitata.

1.2 Le presenti condizioni generali di assicurazione sono applicabili a tutti i modelli di assicurazione offerti da Assura conformemente alla LAMal. Le condizioni speciali di assicurazioni specifiche ad ogni categoria completano gli obblighi a carico di ciascuna delle parti contraenti.

1.3 Il termine «assicurato» utilizzato nelle presenti condizioni generali nonché nelle condizioni speciali designa sia gli assicurati di sesso maschile che femminile.

1.4 Le presenti condizioni generali entrano in vigore il 1° gennaio 2024 e a partire da tale data sono automaticamente applicate a tutti gli assicurati di Assura. Esse sono disponibili sul sito internet [assura.ch](https://www.assura.ch) o possono essere richieste in qualsiasi momento.

1.5 In caso di modifica delle presenti condizioni generali, gli assicurati ne sono informati per iscritto prima della loro entrata in vigore, ad esempio tramite la rivista dedicata agli assicurati.

Articolo 2 - Affiliazione - inizio del diritto alle prestazioni

2.1 Le persone sottoposte all'obbligo di assicurazione (articolo 3 LAMal) possono sottoscrivere un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie fornendo ad Assura tutte le informazioni e i documenti necessari per l'affiliazione.

2.2 L'assicurato riceve una polizza di assicurazione che attesta il modello e la franchigia scelti.

2.3 Se l'affiliazione ha inizio entro i termini previsti dalla legge, la copertura assicurativa inizia dalla nascita o dall'acquisizione del domicilio in Svizzera. In caso di affiliazione tardiva, la copertura inizia dal giorno dell'affiliazione. L'assicurato deve pagare un supplemento di premio se il ritardo non è giustificabile (art. 5 LAMal).

Articolo 3 - Copertura degli infortuni

3.1 Di regola, l'assicurazione copre i rischi di malattia e di infortunio. Le prestazioni versate in caso d'infortunio sono le stesse di quelle versate in caso di malattia.

3.2 Su richiesta dell'assicurato e se egli apporta la prova che è interamente assicurato ai sensi della LAINF, Assura procede

alla sospensione del rischio infortunio e riduce il premio in proporzione.

3.3 La sospensione della copertura degli infortuni inizia al più presto il primo giorno del mese successivo al ricevimento della richiesta dell'assicurato.

Articolo 4 - Obbligo di collaborare e di informare

4.1 L'assicurato è tenuto a comunicare ad Assura tutti i documenti e tutte le informazioni necessari ad accertare il suo diritto alle prestazioni. A tal fine svincola, nella misura necessaria, i fornitori di cure dal segreto professionale.

4.2 In caso di cure all'estero, l'assicurato consegna ad Assura le fatture originali le quali devono menzionare le date delle cure, la diagnosi, le prestazioni mediche prodigate, l'importo corrispondente ad ogni prestazione, nonché i nomi, gli indirizzi ed i numeri di telefono dei fornitori di cure esteri.

4.3 Assura può esigere dall'assicurato la traduzione dei documenti che produce, in una delle lingue nazionali svizzere o in inglese.

4.4 A sue spese, Assura può far esaminare l'assicurato dal suo medico di fiducia o da un terapeuta di sua scelta.

4.5 L'assicurato deve informare spontaneamente Assura delle prestazioni versate da un altro assicuratore per un caso di assicurazione annunciato ad Assura, nella misura in cui potrebbero essere rilevanti per gli obblighi di quest'ultima nei suoi confronti.

4.6 L'assicurato ha l'obbligo di comunicare ad Assura un conto bancario o postale valido sul quale potrà essere effettuato il rimborso delle prestazioni. Se Assura deve effettuare il rimborso con assegno postale, preleva un contributo forfetario di CHF 20 per pagamento a copertura delle spese.

4.7 L'assicurato deve comunicare immediatamente ad Assura tutte le modifiche delle informazioni che lo riguardano necessarie alla gestione della sua polizza di assicurazione (estremi bancari, indirizzo del domicilio, fine della copertura degli infortuni presso il datore di lavoro, ecc.).

4.8 Se l'assicurato viola il suo obbligo di collaborare e/o di informare, provocando spese amministrative supplementari, queste possono essergli addebitate.

Articolo 5 - Pagamento dei premi e altri crediti

5.1 I premi sono pagabili in anticipo alle scadenze stabilite.

5.2 I crediti di premi e contributi scaduti sono sottoposti alla riscossione di interessi moratori del 5% l'anno.

5.3 Il pagamento dei premi o di qualsiasi altro credito è effettuato tramite bonifico bancario o postale. Il pagamento in contanti presso le succursali di Assura non è accettato. Se l'assicurato sceglie di pagare allo sportello o presso altri punti

d'accesso fisici della Posta, Assura può fatturgli la tassa per i pagamenti effettuati allo sportello postale.

5.4 Qualora l'assicurato abbia optato per il pagamento dei premi con frequenza annuale o semestrale, Assura può concedergli un ribasso. Tale ribasso non è concesso se l'assicurato non paga i premi entro le scadenze fissate.

Articolo 6 - Messa in mora dell'assicurato

6.1 L'assicurato che, dopo un sollecito, non paga entro i termini stabiliti i premi, l'aliquota percentuale, la partecipazione ai costi o qualsiasi altro importo dovuto all'assicuratore, riceve una diffida scritta. 6.2 Se entro 30 giorni dalla diffida non è effettuato il pagamento totale, è avviata una procedura di esecuzione in via di pignoramento o di fallimento.

6.3 In caso di mora l'assicurato è tenuto a pagare le spese amministrative, in particolare quelle di sollecito, diffida ed esecuzione. Rimangono inoltre a suo carico tutte le spese sostenute da Assura nell'ambito di una procedura esecutiva.

6.4 A seconda della situazione, Assura può accettare di chiedere all'autorità competente il ritiro di un'esecuzione inizialmente giustificata. In tale caso, l'assicurato paga ad Assura un importo forfettario di CHF 20 a copertura delle spese amministrative del ritiro.

Articolo 7 - Compensazione

7.1 Assura si riserva il diritto di compensare i suoi crediti con gli importi dovuti all'assicurato; rimangono riservati i crediti di prestazioni che in ogni caso deve versare all'assicurato.

7.2 L'assicurato non dispone di alcun diritto di compensazione dei suoi debiti con i suoi crediti nei confronti di Assura.

Articolo 8 - Rimedi giuridici

8.1 Se l'assicurato contesta la posizione dell'assicuratore, può esigere che gli sia notificata una decisione.

8.2 Ogni decisione può essere impugnata, entro 30 giorni, facendo opposizione presso l'assicuratore.

8.3 Le decisioni su opposizione possono essere impugunate mediante ricorso di diritto amministrativo. Il ricorso va depositato entro 30 giorni dalla notifica della decisione su opposizione davanti al Tribunale delle assicurazioni designato da ogni cantone.

Articolo 9 - Protezione dei dati

9.1 Assura tratta i dati personali dei suoi assicurati (cognome, nome, indirizzo, numero di telefono, numero AVS, data di nascita, dati medici, dati sul conto dell'assicurato, copertura, ecc.), segnatamente al fine di stabilire il diritto alle prestazioni, calcolare e riscuotere i premi e calcolare la compensazione dei rischi (art. 84 LAMal).

9.2 Conformemente alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e con l'accordo dell'assicurato possono essere effettuati altri trattamenti.

9.3 Assura delega alcune specifiche attività ed il trattamento dei dati ad esse correlato a delle società di servizi esterne od interne al Gruppo Assura. La delega è sottoposta a un contratto

di collaborazione con il quale le società delegatarie si impegnano a rispettare la legislazione sulla protezione dei dati.

9.4 Assura è inoltre autorizzata a trasmettere i dati personali dei suoi assicurati ad altri organi o autorità di diritto pubblico quando la legge lo prevede (art. 84a LAMal).

Articolo 10 – Comunicazione

Le comunicazioni di Assura sono considerate notificate regolarmente se effettuate all'ultimo indirizzo postale o elettronico indicato dall'assicurato o sull'Area Cliente se l'assicurato ha scelto questa modalità di comunicazione.

Entrata in vigore

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2026.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali d'assicurazione (con copertura sussidiaria dell'infortunio)

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello Basis

Edizione 01.2025

TITOLO PRIMO – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello Basis è retto dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, dalle loro ordinanze d'applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali d'assicurazione.

TITOLO 2 – FORME D'ASSICURAZIONE

CAPITOLO PRIMO – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA E ORDINARIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 tenendo conto delle condizioni di cui agli articoli da 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

- 2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato sopporta una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.
- 2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.
- 2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 2 qui di seguito.
- 2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.
- 2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino ad otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

- 3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia.
- 3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.
- 3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.
- 3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino ad otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

- 4.1 Più figli minorenni di una famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito «Assura») pagano assieme al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.
- 4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria d'assicurazione nel corso dell'anno, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate durante lo stesso anno presso un altro assicuratore. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, la deduzione sarà effettuata qualora l'assicurato presenti la prova corrispondente.
- 4.3 Le date delle cure sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5 – Prestazioni

Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere prestate o prescritte dai fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

Articolo 6 – Cambio di modello

Il passaggio dal modello Basis a un'altra forma di assicurazione offerta da Assura che preveda la scelta limitata di fornitori di prestazioni è possibile in qualsiasi momento dal primo giorno del mese successivo.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 7 – Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 8 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre la possibilità ai suoi assicurati d'optare per delle franchigie più elevate, secondo le disposizioni che seguono.

Articolo 9 – Scelta della franchigia

9.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.

9.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

9.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 10 – Adesione ed uscita, cambio della franchigia

10.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare ad una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

10.2 Il passaggio ad una franchigia più bassa, così come il cambio di assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

10.3 Al momento della comunicazione del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 01.01.2025.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello FeminaVita

Edizione 01.2026

TITOLO 1 – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello FeminaVita è una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che prevede una limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello FeminaVita è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla LAMal, dalle relative ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera ai sensi della LAMal nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Sottoscrivendo il modello FeminaVita, l'assicurato accetta, in caso di problemi di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, di rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, scegliendo tra

- il Centro di telemedicina o
- il proprio Medico di famiglia.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal tenendo conto delle condizioni di cui agli articoli da 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a un massimo di CHF 300, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni che gli sono state fornite.

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia.

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni della stessa famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito «Assura») pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale previsto per un adulto.

4.2 Se la sottoscrizione della presente categoria di assicurazione avviene nel corso dell'anno civile, Assura computa all'assicurato la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Se franchigia e aliquota percentuale non sono state fatturate, tale computo sarà effettuato in base alla prova addotta dall'assicurato.

4.3 Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale sono determinanti le date in cui sono state fornite le prestazioni.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume i costi delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere fornite o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le disposizioni di cui sopra si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate conformemente alle seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a un importo massimo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni fornite.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare a una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambio di assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO FEMINAVITA

Articolo 10 – Principi del modello

Sottoscrivendo il modello FeminaVita, l'assicurato **accetta**, in caso di problemi di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, **di rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso di cui all'articolo 12.**

Articolo 11 – Professionisti coinvolti

11.1 Centro di telemedicina

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Centro di telemedicina» si intende una società specializzata in medicina a distanza designata da Assura come contatto di primo ricorso e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura.

11.2 Medico di famiglia

11.2.1 Ai sensi delle presenti condizioni, per «Medico di famiglia» si intende qualsiasi medico autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di cui l'assicurato ha precedentemente comunicato i dati di contatto ad Assura.

11.2.2 Il cambio del Medico di famiglia deve essere comunicato dall'assicurato ad Assura prima di qualsiasi consulto presso il nuovo Medico di famiglia.

11.3 Specialista

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Specialista» si intende qualsiasi medico con una formazione postuniversitaria riconosciuta in una specializzazione medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed) nonché gli ospedali e le cliniche presso le quali egli esercita.

Articolo 12 – Obblighi dell'assicurato

12.1 Principi dell'assicurazione

L'assicurato, o il suo rappresentante legale, si impegna, in caso di problemi di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, a rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, scegliendo tra

- il Centro di telemedicina o
- il proprio Medico di famiglia.

12.2 Centro di telemedicina

12.2.1 Il Centro di telemedicina fornisce all'assicurato un consulto medico e, se necessario, lo indirizza a un altro fornitore di prestazioni.

12.2.2 Dopo il consulto ottenuto dal Centro di telemedicina, per lo stesso problema di salute l'assicurato può scegliere liberamente, entro i limiti delle disposizioni previste dalla LAMal, il fornitore di prestazioni o lo Specialista che prosegua con il trattamento per un periodo di tempo stabilito dal Centro di telemedicina. **Se per il problema di salute in questione la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina.**

12.2.3 All'assicurato non è fatturato il consulto fornito dal Centro di telemedicina in qualità di contatto di primo ricorso.

12.3 Medico di famiglia

Il Medico di famiglia stabilisce se può continuare lui stesso il trattamento o se è necessario indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni o a uno Specialista. In quest'ultimo caso, l'assicurato si impegna a chiedere al proprio Medico di famiglia un avviso di delega, debitamente compilato, datato e firmato e a trasmetterlo quanto prima ad Assura. Dopo il consulto ottenuto dal proprio Medico di famiglia, per lo stesso problema di salute l'assicurato può scegliere liberamente, entro i limiti delle disposizioni della LAMal, il fornitore di prestazioni o lo Specialista che prosegua con il trattamento.

12.4 Eccezioni

12.4.1 I consulti ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i minorenni e di ginecologia non sono soggetti agli obblighi di cui all'articolo 12.

12.4.2 L'assicurato non è soggetto agli obblighi di cui all'articolo 12 in caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero.

12.4.3 Un'urgenza sussiste nel momento in cui l'assicurato si trova in una situazione tale per cui la sua vita è messa in pericolo o quando necessita di un trattamento medico immediato.

Articolo 13 – Raccomandazioni mediche e prestazioni senza franchigia

13.1 Raccomandazioni mediche

13.1.1 L'assicurato accetta che i contatti di primo ricorso di cui all'articolo 12 o gli eventuali altri fornitori di prestazioni coinvolti gli forniscano raccomandazioni mediche a scopo di promozione della salute e prevenzione.

13.1.2 Tali raccomandazioni possono essere fornite puntualmente, sulla base di criteri medici definiti dai contatti di primo ricorso di cui all'articolo 12 o dagli eventuali altri fornitori di prestazioni coinvolti.

13.1.3 L'assicurato non è obbligato a seguire tali raccomandazioni.

13.2 Prestazioni senza franchigia

Assura può decidere di rinunciare alla riscossione della franchigia per determinate prestazioni elencate in una lista disponibile sul sito internet di Assura e alle condizioni in questa stabilite. Assura può modificare tale lista all'inizio di ogni anno civile.

Articolo 14 – Sanzioni

Qualora l'assicurato venga meno ai doveri derivanti dal precedente articolo 12, Assura gli invierà un richiamo. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 15 – Adesione al modello FeminaVita

15.1 Il modello FeminaVita può essere sottoscritto da chiunque sia domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone tale modello.

15.2 Un assicurato domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone il modello FeminaVita e titolare del modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) può passare in qualsiasi momento al modello FeminaVita con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

Articolo 16 – Uscita dal modello FeminaVita

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello FeminaVita per la fine di un anno civile. In caso di soppressione, l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo a un altro modello di assicurazione (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), senza modifica della franchigia, o, se ne fa richiesta, a uno di sua scelta tra quelli proposti da Assura. È fatto salvo il diritto dell'assicurato di disdire conformemente all'articolo 7 LAMal.

16.2 Trasferendo il suo domicilio in una regione di premio in cui Assura non propone il modello FeminaVita, l'assicurato passa automaticamente e senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a uno di sua scelta tra quelli proposti da Assura.

16.3 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o in qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con

effetto retroattivo dal 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17– Trattamento dei dati

17.1 Principio

Assura tratta solo i dati necessari segnatamente al calcolo e alla riscossione dei premi, alla valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, alla gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, alla rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e all'elaborazione di statistiche.

17.2 Dati comunicati al Centro di telemedicina

Assura trasmette regolarmente al Centro di telemedicina un elenco aggiornato degli assicurati che hanno sottoscritto il modello assicurativo FeminaVita, indipendentemente dal verificarsi di un caso assicurativo. Tale trasmissione ha per scopo di consentire al Centro di telemedicina di verificare la copertura assicurativa. La trasmissione di dati riguarda esclusivamente quelli necessari all'identificazione dell'assicurato e all'accertamento della sua copertura assicurativa, fatta eccezione per i dati sanitari. La trasmissione può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Scambio di dati in relazione a un caso assicurativo

17.3.1 Sottoscrivendo il modello FeminaVita, l'assicurato acconsente che Assura, il Centro di telemedicina, il Medico di famiglia e gli altri fornitori di prestazioni interessati si scambino, nel rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati, le informazioni necessarie al fine di garantire un coordinamento ottimale nell'ambito del modello in questione.

17.3.2 L'assicurato autorizza il Centro di telemedicina e il Medico di famiglia a trasmettere le informazioni mediche necessarie allo Specialista o al fornitore di prestazioni scelto dall'assicurato stesso.

17.3.3 Al fine di verificare l'adempimento delle condizioni di assicurazione del modello FeminaVita da parte dell'assicurato, il Centro di telemedicina trasmette ad Assura i dati necessari a tale verifica.

17.3.4 I colloqui telefonici sono registrati e archiviati dal Centro di telemedicina. In caso di controversia, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.3.5 La trasmissione dei dati prevista nelle precedenti disposizioni tra Assura, il Centro di telemedicina, il Medico di famiglia e gli altri fornitori di prestazioni interessati può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura declina qualsiasi responsabilità medica.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2026.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello Assura Hausspital

Edizione 01.2026

TITOLO 1 – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello Assura Hausspital è una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che prevede una limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello Assura Hausspital è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla LAMal, dalle relative ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera ai sensi della LAMal nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Le disposizioni particolari relative al presente modello assicurativo, incluse l'adesione e l'uscita degli assicurati, sono rette dall'articolo 41 capoverso 4 e dall'articolo 62 capoversi 1 e 3 LAMal nonché dagli articoli da 99 a 101 OAMal. Per il resto fanno stato i principi generali della LAMal e delle sue ordinanze di applicazione.

Sottoscrivendo il modello Assura Hausspital, l'assicurato accetta le condizioni particolari descritte al capitolo 3 qui di seguito e, in compenso, beneficia di un ribasso sui suoi premi di assicurazione.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal tenendo conto dei presupposti di cui agli articoli da 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a un massimo di CHF 300, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) delle spese fatturate per le prestazioni che gli sono state fornite.

2.2 La franchigia non è esigibile per l'assicurato minorenni.

2.3 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia (aliquota percentuale).

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni della stessa famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (di seguito «Assura») pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale previsto per un adulto.

4.2 Se la sottoscrizione della presente categoria di assicurazione avviene nel corso dell'anno civile, Assura computa all'assicurato la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Tale computo sarà effettuato a relativa prova addotta dall'assicurato.

4.3 A essere determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale sono le date in cui sono state fornite le prestazioni.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume i costi delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere fornite o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

5.2 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le disposizioni di cui sopra si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate conformemente alle seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a un importo massimo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni che gli sono state fornite.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenni può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare a una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambio di assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso per la disdetta è di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO ASSURA HAUSSPITAL

Articolo 10 – Principi del modello

Sottoscrivendo il modello Assura Hausspital, l'assicurato o il suo rappresentante legale accetta, per qualsiasi problema di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o stazionario, di rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, ossia al proprio Medico di famiglia o al Centro di telemedicina, così come previsto dall'articolo 12.1. **Se il contatto di primo ricorso non può portare a termine il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario del caso, rendendo quindi necessario indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni, l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà adoperarsi affinché l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna o uno Specialista che esercita in tale struttura sia designato come fornitore di prestazioni di secondo ricorso.** L'assicurato o il suo rappresentante legale accetta anche che, ad eccezione delle prestazioni fornite dai

contatti di primo ricorso, tutti gli ulteriori consulti e trattamenti siano forniti **dai punti di contatto di secondo ricorso**, ove ciò sia giustificato da un punto di vista medico e soddisfatti i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità.

Articolo 11 – Professionisti coinvolti

11.1 Centro di telemedicina (punto di contatto di primo ricorso)

Il Centro di telemedicina, nominato da Assura e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura, fornisce una consulenza medica, propone consulti medici a distanza e, se del caso, prescrive all'assicurato il trattamento indicato alla sua situazione.

11.2 Medico di famiglia (punto di contatto di primo ricorso)

11.2.1 Ai sensi delle presenti Condizioni speciali di assicurazione, per «Medico di famiglia» si intende qualsiasi medico autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di cui l'assicurato ha comunicato le generalità ad Assura.

11.2.2 Al momento della sottoscrizione del modello Assura Hausspital, l'assicurato o il suo rappresentante legale sceglie il proprio Medico di famiglia e ne comunica le generalità ad Assura.

11.2.3 Il cambio del Medico di famiglia deve essere comunicato ad Assura prima che l'assicurato si sottoponga a qualsiasi altro consulto presso un nuovo Medico di famiglia.

11.3 Ospedale cantonale di Basilea Campagna (punto di contatto di secondo ricorso)

In qualità di fornitore di prestazioni, l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna fornisce consulti medici e/o trattamenti ambulatoriali e stazionari a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nelle proprie sedi di Liestal, Bruderholz e Laufen.

11.4 Specialista (punto di contatto di secondo ricorso)

Ai sensi delle presenti Condizioni speciali di assicurazione, per «Specialista» si intende qualsiasi medico con una formazione postuniversitaria riconosciuta in una specializzazione medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed) che eserciti presso l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna o al quale l'assicurato è indirizzato su indicazione dell'Ospedale cantonale di Basilea Campagna, del Centro di telemedicina o del Medico di famiglia.

Articolo 12 – Figure e strutture di contatto e relativi obblighi

12.1 Principi dell'assicurazione

L'assicurato o il suo rappresentante legale si impegna, prima di qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o stazionario, a rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, scegliendo tra il Centro di telemedicina o il proprio Medico di famiglia.

12.2 Centro di telemedicina

12.2.1 L'assicurato o il suo rappresentante legale può rivolgersi al Centro di telemedicina convenzionato con Assura per ricevere un consulto di primo ricorso.

12.2.2 Il Centro di telemedicina fornirà all'assicurato una consulenza e/o un consulto medico a distanza e, se necessario, concorderà con l'assicurato o con il rappresentante legale il trattamento indicato alla situazione e che l'assicurato o il rappresentante legale si impegnerà a osservare per il periodo necessario. Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina.

12.2.3 Nei casi in cui, sulla base della consulenza medica e/o del trattamento medico, si dovesse rivelare necessario il consulto presso un medico generico, il Centro di telemedicina indirizzerà l'assicurato al suo Medico di famiglia.

12.2.4 Nei casi in cui invece, sulla base della consulenza medica e/o del trattamento medico, si dovesse rivelare necessario il consulto presso un altro fornitore di prestazioni, il Centro di telemedicina indirizzerà l'assicurato all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna o a uno Specialista che esercita in tale struttura.

12.2.5 Se l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna non dovesse disporre dello Specialista o del reparto indicato alla situazione, il Centro di telemedicina indirizzerà eccezionalmente l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni esterno all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna.

12.2.6 I consulti forniti dal Centro di telemedicina quale punto di contatto di primo ricorso saranno fatturati all'assicurato.

12.3 Medico di famiglia

12.3.1 L'assicurato o il suo rappresentante legale può rivolgersi al Medico di famiglia per ottenere un consulto di primo ricorso.

12.3.2 Il Medico di famiglia fornirà all'assicurato o al suo rappresentante legale un consulto e/o un trattamento medico. Se il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario necessita l'intervento di un altro fornitore di prestazioni, **l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 12.3.3 di cui sotto, chiedere al Medico di famiglia che lo indirizzi all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna o a uno Specialista che esercita in tale struttura; in caso contrario saranno applicate le disposizioni previste dall'articolo 14 di cui sotto.**

12.3.3 Se l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna non dovesse disporre dello Specialista o del reparto indicato alla situazione, il Medico di famiglia indirizzerà eccezionalmente l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni esterno all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna.

12.3.4 Se per motivi clinici e per effettuare ulteriori accertamenti e/o trattamenti ambulatoriali o stazionari il Medico di famiglia dovesse ritenere necessario indirizzare l'assicurato all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna, a uno Specialista che esercita in tale struttura o a un altro fornitore di prestazioni, l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà ottenere dal Medico di famiglia un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato e trasmetterlo ad Assura prima di sottoporsi a qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o

stazionario fornito dall'Ospedale cantonale di Basilea Campagna, da uno Specialista che esercita in tale struttura o da un altro fornitore di prestazioni esterno all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna.

12.3.5 Si applicano le disposizioni previste dall'articolo 14 di cui sotto nel caso in cui il Medico di famiglia indirizzi l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni o a uno Specialista esterno all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna per ulteriori accertamenti e/o trattamenti medici, anche se questi sarebbero potuti essere eseguiti da Specialisti adeguati che esercitano presso l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna.

12.4 Ospedale cantonale di Basilea Campagna

12.4.1 Nel caso in cui un consulto e/o trattamento medico non possa essere portato a termine da un punto di contatto di primo ricorso, l'assicurato deve essere indirizzato all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna o a uno Specialista che esercita in tale struttura, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 12.2.3 di cui sopra.

12.4.2 L'Ospedale cantonale di Basilea Campagna rispettivamente gli Specialisti che esercitano in tale struttura proseguiranno il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario iniziato dal Medico di famiglia e lo porteranno a termine entro un tempo adeguato dal punto di vista medico.

12.4.3 L'Ospedale cantonale di Basilea Campagna può indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni o a uno Specialista esterno all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna esclusivamente nel caso in cui lo stesso e i suoi Specialisti non siano in grado di portare a termine il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario entro un tempo adeguato dal punto di vista medico o se non dispone di Specialisti o del reparto indicati alla situazione. Per tale decisione non è necessario il consenso dell'assicurato o del suo rappresentante legale.

Articolo 13 – Eccezioni

13.1. I consulti ambulatoriali di oftalmologia, ginecologia e pediatria per i minorenni e il parto non sono soggetti agli obblighi di cui all'articolo 12.

13.2 L'assicurato non è soggetto agli obblighi di cui all'articolo 12 in caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero.

13.3 Un'urgenza sussiste nel momento in cui l'assicurato si trova in una situazione tale per cui la sua vita è messa in pericolo o quando necessita di un trattamento medico immediato.

13.4 Se la prestazione fornita in caso di urgenza richiede un trattamento successivo, l'assicurato è tenuto a adempiere agli obblighi di cui all'articolo 12 non appena cessa la situazione di urgenza.

Articolo 14 – Sanzioni

Qualora l'assicurato o il suo rappresentante legale violi i suoi obblighi previsti dall'articolo 12 di cui sopra, Assura gli invierà un richiamo. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 15 – Adesione al modello Assura Hausspital

15.1 Il modello Assura Hausspital può essere sottoscritto unicamente da persone domiciliate nel

cantone Basilea Città (BS), Basilea Campagna (BL), Soletta (SO) o Argovia (AG).

15.2 Un assicurato domiciliato nel cantone Basilea Città (BS), Basilea Campagna (BL), Soletta (SO) o Argovia (AG) e titolare del modello di assicurazione Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) può passare in qualsiasi momento al modello Assura Hausspital con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

15.3 Se il passaggio al modello Assura Hausspital avviene mentre sono ancora in corso dei trattamenti, l'assicurato dovrà adempiere agli obblighi previsti dagli articoli 12, 13.2 e 13.4 di cui sopra, fatta eccezione per gli interventi stazionari pianificati prima dell'affiliazione al modello Assura Hausspital e che saranno effettuati nei due mesi successivi all'affiliazione dell'assicurato al modello in questione.

Articolo 16 – Uscita dal modello Assura Hausspital

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello Assura Hausspital per la fine di un anno civile. In caso di soppressione, l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo e senza modifica della franchigia a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a uno di sua scelta tra quelli proposti da Assura. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicurato conformemente all'articolo 7 LAMal.

16.2 In caso di interruzione straordinaria del modello Assura Hausspital, il giorno successivo all'interruzione l'assicurato sarà trasferito a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a uno di sua scelta tra quelli proposti da Assura senza modifica della franchigia.

16.3 Trasferendo il suo domicilio in un cantone diverso da Basilea Città (BS), Basilea Campagna (BL), Soletta (SO) o Argovia (AG), l'assicurato passa automaticamente e senza modifica della franchigia al modello Basis o, se ne fa richiesta, a uno di sua scelta tra quelli proposti da Assura per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

16.4 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o di qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato o il suo rappresentante legale può richiedere per iscritto ad Assura che sia trasferito senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con effetto retroattivo dal 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17 – Trattamento dei dati

17.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina i dati necessari all'identificazione dell'assicurato (cognome, nome, data di nascita e indirizzo di domicilio) e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione per i dati sanitari. La trasmissione dei dati necessari all'identificazione può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.2 Scambio di dati

Sottoscrivendo il modello Assura Hausspital, l'assicurato o il suo rappresentante legale acconsente che Assura, il Centro di telemedicina, il Medico di famiglia e l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna si scambino, nel rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati, le informazioni mediche necessarie al fine di garantire un coordinamento ottimale nell'ambito del modello in questione.

17.2.2 L'assicurato o il suo rappresentante legale autorizza altresì il Medico di famiglia e il Centro di telemedicina a trasmettere le necessarie informazioni mediche all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna e/o a uno Specialista che esercita in tale struttura.

17.2.3 Al fine di verificare l'adempimento alle condizioni di assicurazione del modello Assura Hausspital da parte dell'assicurato o del rappresentante legale, il Centro di telemedicina trasmette ad Assura i dati necessari a tale verifica, in particolare la lista dei consulti effettuati, degli avvisi di delega volti a indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni e il periodo di tempo stabilito per la prosecuzione del trattamento. Allo stesso scopo, l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna trasmette ad Assura la lista dei consulti effettuati e degli avvisi di delega volti a indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni, in particolare a uno Specialista esterno all'Ospedale cantonale di Basilea Campagna.

17.2.4 I colloqui telefonici sono registrati, archiviati e distrutti dal Centro di telemedicina conformemente alle disposizioni legali in materia. In caso di controversia, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.2.5 La trasmissione dei dati prevista dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione tra Assura e il Centro di telemedicina, come pure tra Assura e l'Ospedale cantonale di Basilea Campagna, può avvenire per mezzo di terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati necessari al calcolo e alla riscossione dei premi, alla valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, alla gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, all'adempimento delle condizioni di assicurazione del modello Assura Hausspital, alla rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e all'elaborazione di statistiche.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura declina qualsiasi responsabilità medica.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2026.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello Ospedale di fiducia

Edizione 01.2027

TITOLO 1 – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello Assura Ospedale di fiducia è una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che prevede una limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello Assura Ospedale di fiducia è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla LAMal, dalle relative ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera ai sensi della LAMal nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Le disposizioni particolari relative al presente modello assicurativo, incluse l'adesione e l'uscita degli assicurati, sono rette dall'articolo 41 capoverso 4 e dall'articolo 62 capoversi 1 e 3 LAMal nonché dagli articoli da 99 a 101 OAMal. Per il resto fanno stato i principi generali della LAMal e delle sue ordinanze di applicazione.

Sottoscrivendo il modello Assura Ospedale di fiducia, l'assicurato accetta le condizioni particolari descritte al capitolo 3 qui di seguito e, in compenso, beneficia di un ribasso sui suoi premi di assicurazione.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal tenendo conto dei presupposti di cui agli articoli da 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a un massimo di CHF 300, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) delle spese fatturate per le prestazioni che gli sono state fornite.

2.2 La franchigia non è esigibile per l'assicurato minorenni.

2.3 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia (aliquota percentuale).

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni della stessa famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (di seguito «Assura») pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale previsto per un adulto.

4.2 Se la sottoscrizione della presente categoria di assicurazione avviene nel corso dell'anno civile, Assura computa all'assicurato la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Tale computo sarà effettuato a relativa prova addotta dall'assicurato.

4.3 A essere determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale sono le date in cui sono state fornite le prestazioni.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Conformemente alle tariffe e alla legislazione applicabili Assura assume i costi delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere fornite o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

5.2 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le disposizioni di cui sopra si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate conformemente alle seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a un importo massimo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni che gli sono state fornite.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare a una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambio di assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso per la disdetta è di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO ASSURA OSPEDALE DI FIDUCIA

Articolo 10 – Principi del modello

Sottoscrivendo il modello Assura Ospedale di fiducia, l'assicurato o il suo rappresentante legale accetta, per qualsiasi problema di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o stazionario, di rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, ossia al proprio Medico di famiglia o al Centro di telemedicina, così come previsto dall'articolo 12.1. **Se il contatto di primo ricorso non può portare a termine il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario del caso, rendendo necessario indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni, l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà imperativamente adoperarsi affinché una struttura autorizzata da Assura (di seguito «Struttura/e autorizzata/e») o uno Specialista che esercita in tale struttura sia designato come fornitore di prestazioni di secondo ricorso.**

L'assicurato o il suo rappresentante legale accetta anche che, ad eccezione delle prestazioni fornite dai contatti di primo ricorso, tutti gli ulteriori consulti e trattamenti siano forniti **dai punti di contatto di secondo ricorso**, ove ciò sia giustificato da un punto di vista medico e soddisfi i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità.

Articolo 11 – Professionisti coinvolti

11.1 Centro di telemedicina (punto di contatto di primo ricorso)

Il Centro di telemedicina, nominato da Assura e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura, fornisce una consulenza medica, propone consulti medici a distanza e, se del caso, prescrive all'assicurato il trattamento indicato alla sua situazione.

11.2 Medico di famiglia (punto di contatto di primo ricorso)

11.2.1 Ai sensi delle presenti Condizioni speciali di assicurazione, per «Medico di famiglia» si intende qualsiasi medico autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di cui l'assicurato abbia preventivamente comunicato le generalità ad Assura.

11.2.2 Il cambio del Medico di famiglia deve essere comunicato ad Assura prima che l'assicurato si sottoponga a qualsiasi altro consulto presso un nuovo Medico di famiglia.

11.3 Strutture autorizzate (punto di contatto di secondo ricorso)

11.3.1 In qualità di fornitori di prestazioni, le Strutture autorizzate forniscono consulti medici e/o trattamenti ambulatoriali e stazionari a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

11.3.2 Assura pubblica sul proprio sito internet (assura.ch) una lista aggiornata delle Strutture autorizzate, riservandosi il diritto di modificarla unilateralmente e in qualsiasi momento. **All'assicurato possono essere addebitati costi aggiuntivi se consulta una Struttura autorizzata non facente parte dell'elenco degli ospedali del suo cantone di domicilio.**

11.4 Specialista (punto di contatto di secondo ricorso)

Ai sensi delle presenti Condizioni speciali di assicurazione, per «Specialista» si intende qualsiasi medico con una formazione postuniversitaria riconosciuta in una specializzazione medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed) che eserciti presso una Struttura autorizzata o al quale l'assicurato è indirizzato su indicazione della Struttura autorizzata, del Centro di telemedicina o del Medico di famiglia.

Articolo 12 – Figure e strutture di contatto e relativi obblighi

12.1 Principi dell'assicurazione

L'assicurato o il suo rappresentante legale si impegna, prima di qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o stazionario, a rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, scegliendo tra il Centro di telemedicina o il proprio Medico di famiglia.

12.2 Centro di telemedicina

12.2.1 L'assicurato o il suo rappresentante legale può rivolgersi al Centro di telemedicina convenzionato con Assura per ricevere un consulto di primo ricorso.

12.2.2 Il Centro di telemedicina fornirà all'assicurato una consulenza e/o un consulto medico a distanza e, se necessario, concorderà con l'assicurato o con il rappresentante legale il trattamento indicato alla situazione e che l'assicurato o il rappresentante legale si impegnerà a osservare per il periodo necessario. Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina.

12.2.3 Nei casi in cui, sulla base della consulenza medica e/o del trattamento medico, si dovesse rivelare necessario il consulto presso un medico generico, il Centro di telemedicina indirizzerà l'assicurato al suo Medico di famiglia.

12.2.4 Nei casi in cui invece, sulla base della consulenza medica e/o del trattamento medico, si dovesse rivelare necessario il consulto presso un altro fornitore di prestazioni, il Centro di telemedicina indirizzerà l'assicurato a una Struttura autorizzata o a uno Specialista che esercita in tale struttura.

12.2.5 Se le Strutture autorizzate non dovessero disporre dello Specialista o del reparto indicato alla situazione, il Centro di telemedicina indirizzerà eccezionalmente l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni che non sia una Struttura autorizzata.

12.2.6 All'assicurato sono fatturati i consulti forniti dal Centro di telemedicina quale punto di contatto di primo ricorso.

12.3 Medico di famiglia

12.3.1 L'assicurato o il suo rappresentante legale può rivolgersi al Medico di famiglia per ottenere un consulto di primo ricorso.

12.3.2 Il Medico di famiglia fornirà all'assicurato o al suo rappresentante legale un consulto e/o un trattamento medico. Se il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario necessita l'intervento di un altro fornitore di prestazioni, **l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 12.3.3 di cui sotto, chiedere al Medico di famiglia che lo indirizzi a una Struttura autorizzata o a uno Specialista che esercita in tale struttura; in caso contrario saranno applicate le disposizioni previste dall'articolo 14 di cui sotto.**

12.3.3 Se le Strutture autorizzate non dovessero disporre dello Specialista o del reparto indicato alla situazione, il Medico di famiglia indirizzerà eccezionalmente l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni che non sia una Struttura autorizzata.

12.3.4 Se per motivi clinici e per effettuare ulteriori accertamenti e/o trattamenti ambulatoriali o stazionari il Medico di famiglia dovesse ritenere necessario indirizzare l'assicurato a una Struttura autorizzata, a uno Specialista che esercita in tale struttura o a un altro fornitore di prestazioni, l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà ottenere dal Medico di famiglia un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato e trasmetterlo ad Assura prima di sottoporsi a qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o stazionario fornito dalla Struttura autorizzata, da uno Specialista che esercita in tale struttura o da un altro fornitore di prestazioni che non sia una Struttura autorizzata.

12.3.5 Si applicano le disposizioni previste dall'articolo 14 di cui sotto nel caso in cui il Medico di famiglia indirizzi l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni o a uno Specialista che non eserciti in una Struttura autorizzata per ulteriori accertamenti e/o trattamenti medici, anche se questi sarebbero potuti essere eseguiti da Specialisti adeguati che esercitano presso una Struttura autorizzata.

12.4 Strutture autorizzate

12.4.1 Nel caso in cui un consulto e/o trattamento medico non possa essere portato a termine da un punto di contatto di primo ricorso, l'assicurato deve essere imperativamente indirizzato a una Struttura autorizzata o a uno Specialista che esercita in tale struttura, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 12.2.3 di cui sopra.

12.4.2 La Struttura autorizzata e gli Specialisti che esercitano in tale struttura proseguiranno il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario iniziato dal Medico di famiglia e lo porteranno a termine entro un tempo adeguato dal punto di vista medico.

12.4.3 La Struttura autorizzata può indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni o a uno Specialista che non eserciti nella Struttura autorizzata esclusivamente nel caso in cui la stessa e i suoi Specialisti non siano in grado di portare a termine il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario entro un tempo adeguato dal punto di vista medico o se non dispone di Specialisti o del reparto indicati alla situazione. Per tale decisione non è necessario il consenso dell'assicurato o del suo rappresentante legale.

13 – Eccezioni

13.1. I consulti ambulatoriali di oftalmologia, ginecologia e pediatria per minorenni e il parto non sono soggetti agli obblighi di cui all'articolo 12.

13.2 L'assicurato non è soggetto agli obblighi di cui all'articolo 12 in caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero.

13.3 Un'urgenza sussiste nel momento in cui l'assicurato si trova in una situazione tale per cui la sua vita è messa in pericolo o quando necessita di un trattamento medico immediato.

13.4 Se la prestazione fornita in caso di urgenza richiede un trattamento successivo, l'assicurato è tenuto a adempiere agli obblighi di cui all'articolo 12 non appena cessa la situazione di urgenza.

Articolo 14 – Sanzioni

Qualora l'assicurato o il suo rappresentante legale violi i suoi obblighi previsti dall'articolo 12 di cui sopra, Assura gli invierà un richiamo. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 15 – Adesione al modello Assura Ospedale di fiducia

15.1 Il modello Assura Ospedale di fiducia può essere sottoscritto unicamente da persone domiciliate in una delle regioni di premio in cui Assura propone tale modello.

15.2 Ogni assicurato domiciliato in una delle regioni di premio in cui è proposto il modello Assura Ospedale di fiducia può passare in qualsiasi momento a tale modello

con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

15.3 Se il passaggio al modello Assura Ospedale di fiducia avviene mentre sono ancora in corso dei trattamenti, l'assicurato dovrà adempiere agli obblighi previsti dagli articoli 12 e 13.4 di cui sopra, fatta eccezione per gli interventi stazionari pianificati prima dell'adesione al modello Assura Ospedale di fiducia e che saranno effettuati nei due mesi successivi all'adesione dell'assicurato al modello in questione.

Articolo 16 – Uscita dal modello Assura Ospedale di fiducia

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello Assura Ospedale di fiducia per la fine di un anno civile. In caso di soppressione, l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo e senza modifica della franchigia a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicurato conformemente all'articolo 7 LAMal.

16.2 In caso di interruzione straordinaria del modello Assura Ospedale di fiducia, il giorno successivo all'interruzione l'assicurato sarà trasferito a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura senza modifica della franchigia.

16.3 Trasferendo il suo domicilio in una delle regioni di premio in cui non è proposto il modello Assura Ospedale di fiducia, l'assicurato passa automaticamente e senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

16.4 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o di qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato o il suo rappresentante legale può richiedere per iscritto ad Assura che sia trasferito senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con effetto retroattivo dal 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17 – Trattamento dei dati

17.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina e alle Strutture autorizzate i dati necessari all'identificazione dell'assicurato (cognome, nome, data di nascita e indirizzo di domicilio) e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione per i dati sanitari. La trasmissione dei dati necessari all'identificazione può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.2 Scambio di dati

Sottoscrivendo il modello Assura Ospedale di fiducia, l'assicurato o il suo rappresentante legale acconsente che Assura, il Centro di telemedicina, il Medico di famiglia e le Strutture autorizzate si scambino, nel rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati, le informazioni mediche necessarie al fine di garantire un

coordinamento ottimale nell'ambito del modello in questione.

17.2.2 L'assicurato o il suo rappresentante legale autorizza segnatamente il Medico di famiglia e il Centro di telemedicina a trasmettere le informazioni mediche necessarie per il trattamento alla Struttura autorizzata e/o a uno Specialista che esercita in tale struttura.

17.2.3 Al fine di verificare l'adempimento alle condizioni di assicurazione del modello Assura Ospedale di fiducia da parte dell'assicurato o del rappresentante legale, il Centro di telemedicina trasmette ad Assura i dati necessari a tale verifica, in particolare la lista dei consulti effettuati, degli avvisi di delega volti a indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni e il periodo di tempo stabilito per la prosecuzione del trattamento. Allo stesso scopo, la Struttura autorizzata trasmette ad Assura la lista dei consulti effettuati e degli avvisi di delega volti a indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni, in particolare a uno Specialista che non eserciti nella Struttura autorizzata.

17.2.4 I colloqui telefonici sono registrati, archiviati e distrutti dal Centro di telemedicina conformemente alle disposizioni legali in materia. In caso di controversia, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.2.5 La trasmissione dei dati prevista dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione tra Assura e il Centro di telemedicina, come pure tra Assura e le Strutture autorizzate, può avvenire per mezzo di terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati necessari al calcolo e alla riscossione dei premi, alla valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, alla gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, all'adempimento delle condizioni di assicurazione del modello Assura Ospedale di fiducia, alla rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e all'elaborazione di statistiche.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura declina qualsiasi responsabilità medica.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2027.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello Medico di famiglia

Edizione 01.2025

TITOLO PRIMO – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello Medico di famiglia è una forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con limite della scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994 e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello Medico di famiglia è disciplinato dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, dalle loro Ordinanze d'applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali d'assicurazione.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA E ORDINARIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal, tenendo conto delle condizioni di cui agli articoli da 32 a 34 di detta legge.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato sopporta una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è dovuta in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino ad otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia.

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è dovuta in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni di una famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito «Assura») pagano assieme al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria d'assicurazione nel corso dell'anno, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate durante lo stesso anno presso un altro assicuratore. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, la deduzione sarà effettuata qualora l'assicurato presenti la prova corrispondente.

4.3 Le date delle cure sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere prestate o prescritte dai fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre l'importo dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate, secondo le disposizioni che seguono.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, cambio della franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare ad una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambiamento d'assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della comunicazione del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

Capitolo 3 – Modello Medico di famiglia

Articolo 10 – Obblighi dell'assicurato

10.1 Sottoscrivendo il modello Medico di famiglia, l'assicurato accetta di conformarsi alle condizioni particolari descritte di seguito.

10.2 Eccetto in caso di urgenza accertata, l'assicurato s'impegna a consultare in prima istanza il medico di famiglia che avrà scelto fra tutti i medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le cui generalità dovranno essere comunicate ad Assura. Il medico di famiglia è l'interlocutore di riferimento dell'assicurato. Egli coordina tutte le questioni mediche.

10.3 Il medico di famiglia stabilisce inoltre se può continuare lui stesso il trattamento o se deve indirizzare l'assicurato a uno specialista. In questo caso, l'assicurato si impegna ad ottenere dal suo medico di famiglia un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato, prima di consultare uno specialista. L'avviso di delega dovrà quindi essere trasmesso ad Assura il prima possibile. Le consultazioni di oftalmologia o di ginecologia non sono soggette a queste condizioni.

10.4 Il cambiamento del medico di famiglia deve essere comunicato ad Assura prima di qualsiasi consulto presso un nuovo medico di famiglia.

10.5 I principi particolari che regolano il funzionamento di questo modello, l'adesione e l'uscita degli assicurati sono disciplinati dagli articoli 41 capoverso 4 e 62 capoversi 1 e 3 LAMal, nonché dagli articoli da 99 a 101 OAMal. Per il resto, fanno stato i principi generali della LAMal e delle sue ordinanze di applicazione.

Articolo 11 – Sanzioni

In caso di inosservanza dell'articolo 10.3, Assura invia all'assicurato un richiamo al rispetto dei suoi obblighi. Per ogni

ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 12 – Adesione al modello Medico di famiglia

12.1 Il modello Medico di famiglia può essere scelto da tutte le persone domiciliate in una regione di premio in cui Assura offre tale modello.

12.2 Un assicurato domiciliato nei cantoni dove Assura pratica il modello Medico di famiglia, a beneficio dell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie e della franchigia ordinaria di CHF 300 per gli adulti e/o giovani adulti e di CHF 0 per i minorenni, può in ogni momento aderire al modello Medico di famiglia.

Articolo 13 – Uscita dal modello Medico di famiglia

13.1 Riservati gli articoli 13.2 e 13.3 qui di seguito, l'uscita dal modello Medico di famiglia è possibile solo per la fine di un anno civile, con un termine di preavviso di tre mesi, ed implica il passaggio simultaneo dell'assicurato ad un'altra forma d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso Assura. Questa rinuncia non vale come decisione di disdetta da Assura, l'articolo 7, capoversi 3 e 4, LAMal è riservato. Al momento della comunicazione del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

13.2 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in un cantone dove il modello Medico di famiglia non è proposto da Assura, egli passa automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con una franchigia identica.

13.3 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia, con effetto retroattivo al 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2025.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello MediTel

Edizione 01.2027

TITOLO 1 – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello MediTel è una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che prevede una limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello MediTel è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla LAMal, dalle relative ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera ai sensi della LAMal nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Sottoscrivendo il modello MediTel, l'assicurato o il suo rappresentante legale accetta le condizioni particolari descritte al capitolo 3 qui di seguito.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO- SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal tenendo conto dei presupposti di cui agli articoli da 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a un massimo di CHF 300, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) delle spese fatturate per le prestazioni che gli sono state fornite.

2.2 La franchigia non è esigibile per l'assicurato minorenne.

2.3 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia (aliquota percentuale).

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni della stessa famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (di seguito «Assura») pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale previsto per un adulto.

4.2 Se la sottoscrizione della presente categoria di assicurazione avviene nel corso dell'anno civile, Assura computa all'assicurato la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Tale computo sarà effettuato a relativa prova addotta dall'assicurato.

4.3 A essere determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è la data in cui sono state fornite le prestazioni.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Conformemente alle tariffe e alla legislazione applicabili Assura assume i costi delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere fornite o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

5.2 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le disposizioni di cui sopra si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari

definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate conformemente alle seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a un importo massimo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni che gli sono state fornite.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenni può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare a una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambio di assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso per la disdetta è di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO MEDITEL

Articolo 10 – Principi del modello

10.1 Sottoscrivendo il modello MediTel, l'assicurato o il suo rappresentante legale **accetta**, per qualsiasi problema di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi consulto e/o trattamento medico, di:

- **rivolgersi in prima istanza al Centro di telemedicina preposto al coordinamento;**
- **riconoscere, nel caso in cui siano necessari ulteriori consulti e/o trattamenti, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento come incaricato al coordinamento e alla gestione della prosecuzione delle cure;**
- **osservare le indicazioni del Centro di telemedicina preposto al coordinamento;**
- **acquistare i farmaci e/o usufruire di altre prestazioni farmaceutiche a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso le Farmacie riconosciute da Assura.**

10.2 L'assicurato o il suo rappresentante legale **accetta di comunicare con Assura in forma digitale** (Area Cliente) e di **partecipare al controllo delle fatture emesse per le prestazioni che gli sono state fornite.**

Articolo 11 – Professionisti coinvolti

11.1 Centro di telemedicina preposto al coordinamento

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Centro di telemedicina preposto al coordinamento» si intende una società specializzata in medicina a distanza designata da Assura come contatto di prima assistenza e coordinamento e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura. Assura si riserva il diritto di cambiare unilateralmente e in qualsiasi momento il Centro di telemedicina preposto al coordinamento.

11.2 Medico curante

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Medico curante» si intende qualsiasi medico con formazione postuniversitaria riconosciuta in qualità di medico generalista o di specialista in medicina interna generale e autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

11.3 Specialista

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Specialista» si intende qualsiasi medico con formazione postuniversitaria riconosciuta in una specializzazione medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed), fatta eccezione per gli specialisti in medicina interna generale, e autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

11.4 Centro di consulenza indipendente

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Centro di consulenza indipendente» si intende una società, designata da Assura e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura, esperta nella raccomandazione di Specialisti o Altri fornitori di prestazioni (strutture ospedaliere o centri di chirurgia ambulatoriale). Assura si riserva il diritto di cambiare unilateralmente e in qualsiasi momento il Centro di consulenza indipendente.

11.5 Farmacia riconosciuta

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Farmacia riconosciuta» si intende qualsiasi farmacia in Svizzera gestita da un farmacista autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, che sia designata da Assura e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura. Assura si riserva il diritto di modificare unilateralmente e in qualsiasi momento la lista delle Farmacie riconosciute.

11.6 Altro fornitore di prestazioni

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Altro fornitore di prestazioni» si intende qualsiasi fornitore di prestazioni autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, fatta eccezione per i Medici curanti e gli Specialisti (ad es. fisioterapisti).

Articolo 12 – Percorso di cure e obblighi dell'assicurato

12.1 Consulti presso il Centro di telemedicina preposto al coordinamento (contatto di prima assistenza)

12.1.1 L'assicurato si impegna, per qualsiasi problema di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi consulto e/o trattamento medico, sia esso ambulatoriale o stazionario,

a rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il quale gli fornirà una consulenza e/o un consulto medico a distanza. I costi dei consulti medici a distanza forniti dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento sono assunti conformemente alle disposizioni LAMal e fatturati secondo il sistema del terzo pagante.

12.1.2 Se necessario, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento concorderà con l'assicurato il trattamento indicato alla situazione, che l'assicurato si impegnerà a seguire per un periodo determinato (piano di cure).

12.1.3 Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita nel piano di cure, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno estendere il periodo precedentemente definito o modificare il piano di cure.

12.2 Consulti presso un Medico curante

12.2.1 Se il Centro di telemedicina preposto al coordinamento ritiene opportuno indirizzare l'assicurato a un Medico curante, l'assicurato si impegna a consultare il Medico curante, di cui ha comunicato le generalità al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, entro il periodo definito da quest'ultimo nel piano di cure. Se ciò non fosse possibile o in caso di indisponibilità del Medico curante in questione, l'assicurato consulerà il Medico curante raccomandato dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento.

12.2.2 Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita nel piano di cure, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno estendere il periodo precedentemente definito o modificare il piano di cure.

12.2.3 Se il Medico curante ritiene opportuno modificare il piano di cure definito dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento, l'assicurato dovrà rivolgersi, prima di qualsiasi nuovo consulto, al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il quale deciderà se la modifica del piano di cure sia effettivamente opportuna.

12.2.4 Se il Medico curante ritiene opportuno indirizzare l'assicurato a uno Specialista o a un Altro fornitore di prestazioni, l'assicurato dovrà rivolgersi, prima di qualsiasi consulto, al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il quale seguirà la procedura descritta all'articolo 12.3.

12.3 Consulti presso uno Specialista o un Altro fornitore di prestazioni

12.3.1 Se il Centro di telemedicina preposto al coordinamento ritiene opportuno indirizzare l'assicurato a uno Specialista o un Altro fornitore di prestazioni, l'assicurato si impegna a consultare lo Specialista o un Altro fornitore di prestazioni raccomandato dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento entro il periodo definito da quest'ultimo nel piano di cure. In tale circostanza il Centro di telemedicina preposto al coordinamento può incaricare il Centro di consulenza indipendente secondo i termini previsti dall'articolo 12.3.2.

12.3.2 Se lo ritiene necessario, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento affida la ricerca del fornitore di prestazioni più indicato per il trattamento (Specialista, struttura ospedaliera o centro di chirurgia ambulatoriale)

al Centro di consulenza indipendente, il cui servizio non è fatturato all'assicurato.

12.3.3 L'assicurato si impegna a consultare lo Specialista o un Altro fornitore di prestazioni indicato dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento o dal Centro di consulenza indipendente e a riceverne le cure entro il periodo definito nel piano di cure dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento.

12.3.4 Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita nel piano di cure, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno estendere il periodo precedentemente definito o modificare il piano di cure.

12.3.5 Se lo Specialista o l'Altro fornitore di prestazioni ritiene opportuno modificare il piano di cure definito dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento, l'assicurato dovrà contattare, prima di qualsiasi nuovo consulto, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il quale deciderà se una modifica del piano di cure sia effettivamente opportuna.

12.3.6 Se richiesto dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento o dal Centro di consulenza indipendente, l'assicurato è tenuto a fornire loro tutta la documentazione medica utile sul problema di salute in questione (rapporti medici, radiografie, ecc).

12.4 Interventi ambulatoriali o stazionari

12.4.1 Se il Medico curante, lo Specialista o un Altro fornitore di prestazioni dovesse raccomandare all'assicurato di sottoporsi a un intervento, sia esso ambulatoriale o stazionario, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno modificare il piano di cure. In tale circostanza il Centro di telemedicina preposto al coordinamento può incaricare il Centro di consulenza indipendente secondo i termini previsti dall'articolo 12.4.2.

12.4.2 Se lo ritiene necessario, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento affida la ricerca del fornitore di prestazioni più indicato per l'intervento chirurgico (Specialista, struttura ospedaliera o centro di chirurgia ambulatoriale) al Centro di consulenza indipendente, il cui servizio non è fatturato all'assicurato.

12.4.3 L'assicurato si impegna a consultare il fornitore di prestazioni indicato dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento o dal Centro di consulenza indipendente e a riceverne le cure entro il periodo definito nel piano di cure dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento.

12.4.4 Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita nel piano di cure, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno estendere il periodo precedentemente definito o modificare il piano di cure.

12.4.5 Se richiesto dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento o dal Centro di consulenza indipendente, l'assicurato è tenuto a fornire loro tutta la documentazione medica utile sul problema di salute in questione.

12.5 Acquisto di farmaci

12.5.1 L'assicurato si impegna ad acquistare presso una Farmacia riconosciuta qualsiasi farmaco o preparazione farmaceutica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che gli siano stati prescritti nell'ambito del piano di cure dal Centro di telemedicina

preposto al coordinamento, da un Medico curante o da uno Specialista.

12.5.2 L'assicurato si impegna ad acquistare farmaci generici o biosimilari quando questi sono proposti da una Farmacia riconosciuta.

12.6 Partecipazione al controllo delle fatture

12.6.1 L'assicurato si impegna a rispondere a domande nel contesto del controllo della fatturazione dei trattamenti di cui ha beneficiato (ad es. verifica della durata dei consulti) e ne comunicherà gli esiti tramite i supporti digitali messi a disposizione da Assura.

12.6.2 Sul sito internet di Assura è riportata una lista delle tipologie di informazioni da controllare sulle fatture.

12.6.3 Assura si riserva il diritto di modificare unilateralmente e in qualsiasi momento tale lista.

12.7 – Raccomandazioni mediche

12.7.1 L'assicurato accetta che il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il Medico curante, lo Specialista o eventuali Altri fornitori di prestazioni gli forniscano raccomandazioni mediche a scopo di promozione della salute e prevenzione.

12.7.2 Tali raccomandazioni possono essere fornite in modo mirato, in base ai criteri medici definiti dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento, dal Medico curante, dallo Specialista o da eventuali Altri fornitori di prestazioni.

Articolo 13 – Eccezioni

13.1. I consulti ambulatoriali di oftalmologia, ginecologia e pediatria per minorenni non sono soggetti agli obblighi di cui all'articolo 12.

13.2. L'assicurato non è soggetto agli obblighi di cui all'articolo 12 in caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero.

13.3. Un'urgenza sussiste nel momento in cui l'assicurato si trova in una situazione tale per cui la sua vita è messa in pericolo o quando necessita di cure immediate.

13.4 Se la prestazione fornita in caso di urgenza richiede un trattamento successivo, l'assicurato è tenuto a adempiere agli obblighi di cui all'articolo 12 non appena cessa la situazione di urgenza.

Articolo 14 – Sanzioni

14.1 In caso di violazione da parte dell'assicurato degli obblighi derivanti dagli articoli 12.3.3 e 12.4.3, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi. Se Assura rifiuta l'assunzione dei costi sulla base del presente articolo, l'assicurato può chiedere il passaggio retroattivo dal 1° gennaio dell'anno in corso al modello ordinario Basis senza modifica della franchigia e con un adeguamento del premio.

14.2 In caso di violazione da parte dell'assicurato degli altri obblighi derivanti dagli articoli da 12.1 a 12.5, Assura gli indirizzerà un richiamo. In caso di ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

14.3 In caso di violazione da parte dell'assicurato degli obblighi derivanti dall'articolo 12.6, Assura gli indirizzerà un richiamo. In caso di ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, il mese successivo alla violazione l'assicurato sarà trasferito al modello ordinario Basis senza modifica della franchigia e con un adeguamento del premio.

Articolo 15 – Adesione al modello MediTel

15.1 Il modello MediTel può essere sottoscritto da tutte le persone domiciliate in una regione di premio in cui Assura propone tale modello.

15.2 Un assicurato beneficiario del modello ordinario Basis e domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone il modello MediTel può passare in qualsiasi momento e senza modifica della franchigia al modello MediTel con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

15.3 Se il passaggio al modello MediTel avviene mentre sono ancora in corso dei trattamenti, l'assicurato dovrà adempiere agli obblighi previsti dagli articoli 12 e 13.4 di cui sopra, fatta eccezione per gli interventi pianificati prima dell'adesione al modello MediTel e che saranno effettuati nei due mesi successivi all'adesione dell'assicurato al modello in questione.

Articolo 16 – Uscita dal modello MediTel

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello MediTel per la fine di un anno civile. In caso di soppressione l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo e senza modifica della franchigia a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicurato conformemente all'articolo 7 LAMal.

16.2 In caso di interruzione straordinaria del modello MediTel durante l'anno in corso, il giorno successivo all'interruzione l'assicurato sarà trasferito senza modifica della franchigia a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura.

16.3 Trasferendo il suo domicilio in una regione di premio in cui Assura non propone il modello MediTel, l'assicurato passa automaticamente e senza modifica della franchigia al modello ordinario Basis, o se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

16.4 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o di qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura che sia trasferito senza modifica della franchigia al modello ordinario Basis con effetto retroattivo dal 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17 - Protezione dei dati

17.1 Verifica della copertura

Per verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina preposto al coordinamento i dati necessari all'identificazione dell'assicurato (cognome, nome, data di nascita e indirizzo di domicilio) e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione per i dati sanitari. La trasmissione dei dati necessari all'identificazione può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.2 Scambio di dati

17.2.1 Sottoscrivendo il modello MediTel, l'assicurato o il suo rappresentante legale acconsente che Assura, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il Medico curante e gli Specialisti si scambino, nel rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati, unicamente le informazioni mediche necessarie al fine di garantire un coordinamento e assistenza ottimale delle cure e di controllarne l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità.

17.2.2 L'assicurato o il suo rappresentante legale autorizza anche il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il Medico curante, gli Specialisti e il Centro di consulenza indipendente a scambiarsi le informazioni mediche necessarie per le cure da fornire.

17.2.3 Al fine di verificare l'adempimento alle condizioni di assicurazione del modello MediTel da parte dell'assicurato, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento trasmette ad Assura i dati necessari a tale verifica, in particolare l'elenco dei consulti effettuati, i dati di identificazione dei fornitori di prestazioni e il periodo di tempo stabilito per la prosecuzione delle cure.

17.2.4 La trasmissione dei dati prevista dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione tra Assura e il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, come pure tra il Centro di telemedicina preposto al coordinamento e il Centro di consulenza indipendente e Altri fornitori di prestazioni, può avvenire per mezzo di terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Registrazione dei colloqui telefonici

I colloqui telefonici possono essere registrati e sono archiviati e distrutti dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento e dal Centro di consulenza indipendente conformemente alle disposizioni legali in materia. In caso di controversia, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato o dal suo rappresentante legale, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.4 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati necessari al calcolo e alla riscossione dei premi, alla valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, alla gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, alla verifica dell'adempimento delle condizioni di assicurazione del modello MediTel, alla rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e all'elaborazione di statistiche.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura declina qualsiasi responsabilità medica.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2027.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello PharMed

Edizione 01.2025

TITOLO PRIMO – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello PharMed è una forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con limite della scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994 e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello PharMed è disciplinato dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, dalle loro Ordinanze d'applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali d'assicurazione.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA E ORDINARIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli 24 a 31 LAMal tenendo conto delle condizioni di cui agli articoli 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato sopporta una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino ad otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia.

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è dovuta in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino ad otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni di una famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito «Assura») pagano tutti assieme al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria d'assicurazione nel corso dell'anno, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate durante lo stesso anno presso un altro assicuratore. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, la deduzione sarà effettuata qualora l'assicurato presenti la prova corrispondente.

4.3 Le date delle cure sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere prestate o prescritte dai fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre la possibilità ai suoi assicurati d'optare per delle franchigie più elevate, secondo le disposizioni che seguono.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, modifica della franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare ad una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio ad una franchigia più bassa o ad un'altra forma d'assicurazione, così come il cambiamento d'assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della comunicazione del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO PHARMED

Articolo 10 – Obblighi dell'assicurato

10.1 Sottoscrivendo il modello PharMed, l'assicurato accetta di conformarsi alle condizioni particolari descritte qui di seguito.

10.2 Eccetto in caso di urgenza accertata, l'assicurato s'impegna a consultare in prima istanza il medico di famiglia che avrà scelto fra tutti i medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le cui generalità dovranno essere comunicate ad Assura. Il medico di famiglia è l'interlocutore di riferimento dell'assicurato. Egli coordina tutte le questioni mediche.

10.3 Il medico di famiglia decide ugualmente se può continuare lui stesso la cura o se deve ricorrere ad uno specialista. In questo caso, l'assicurato si impegna ad ottenere dal suo medico di famiglia un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato, prima di consultare uno specialista. L'avviso di delega dovrà quindi essere trasmesso ad Assura il prima possibile. Le consultazioni di oftalmologia o di ginecologia non sono soggette a queste condizioni.

10.4 Inoltre, eccetto in caso di urgenza accertata o di soggiorno all'estero, l'assicurato s'impegna ad acquistare i farmaci e/o ogni altra preparazione farmaceutica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso le farmacie che figurano nella lista delle farmacie riconosciute, pubblicata e disponibile sul sito internet di Assura. Solo queste farmacie possono essere considerate come interlocutori di riferimento. Esse coordinano tutte le questioni relative ai trattamenti farmaceutici prescritti all'assicurato. La lista delle farmacie riconosciute può essere modificata in qualsiasi momento e unilateralmente da Assura. L'assicurato è informato in merito alle eventuali modifiche della lista delle farmacie per iscritto, ad esempio tramite la rivista dedicata agli assicurati. Fa stato la lista delle farmacie riconosciute in vigore al momento del trattamento.

10.5 Il cambiamento del medico di famiglia deve essere comunicato ad Assura prima di qualsiasi consulto presso un nuovo medico di famiglia.

10.6 La fonte normativa dei principi particolari che regolano il funzionamento di questo modello, dell'adesione e dell'uscita degli assicurati si trova nell'articolo 41, capoverso 4, e nell'articolo 62, capoversi 1 e 3, della LAMal, come pure negli articoli dal 99 al 101 dell'OAMal. Inoltre, i principi generali della LAMal e delle sue Ordinanze d'applicazione fanno da riferimento.

Articolo 11 – Sanzioni

In caso di inosservanza da parte dell'assicurato degli obblighi di cui agli articoli 10.3 e 10.4, Assura provvede a inviargli un richiamo. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 12 – Adesione e uscita dal modello PharMed

12.1 Un assicurato domiciliato nei cantoni dove Assura pratica il modello PharMed, a beneficio dell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie e della franchigia ordinaria di CHF 300 per gli adulti e/o giovani adulti e di CHF 0 per i minorenni, può in ogni momento aderire al modello PharMed.

12.2 Riservati gli articoli da 12.3 a 12.5 qui di seguito, l'uscita dal modello PharMed è possibile solo per la fine di un anno civile, con un termine di preavviso di tre mesi, ed implica il passaggio simultaneo dell'assicurato ad un'altra forma d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso Assura. Questa rinuncia non vale come decisione di disdetta da Assura, l'articolo 7, capoversi 3 e 4, LAMal è riservato. Al momento della comunicazione del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

12.3 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in un cantone dove il modello PharMed non è proposto da Assura, egli passa automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con una franchigia identica.

12.4 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia, con effetto retroattivo al 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

12.5 Se una farmacia è stralciata dalla lista delle farmacie riconosciute e di conseguenza l'assicurato non ha più a disposizione alcuna farmacia riconosciuta nella sua regione, può chiedere di passare ad un altro modello di assicurazione di base proposto da Assura mantenendo la stessa franchigia.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2025.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello PreventoMed

Edizione 01.2025

Titolo primo – Basi contrattuali e diritto applicabile

Il modello PreventoMed è una forma particolare di assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in cui la scelta dei fornitori di prestazioni è limitata ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello PreventoMed è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), dalle loro ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Sottoscrivendo il modello PreventoMed, l'assicurato accetta, in caso di problemi di salute, di consultare uno dei seguenti contatti di primo ricorso prima di qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, potendo scegliere tra:

- il Centro di telemedicina,
- una Farmacia partner, o
- il proprio Medico di famiglia.

Titolo 2 – Forme di assicurazione

Capitolo 1 – Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal, tenendo conto delle condizioni di cui agli articoli da 32 a 34 di detta legge.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi dei propri trattamenti.

2.2 L'assicurato minorenni non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del successivo capitolo 2.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia.

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni di una famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito Assura) pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria di assicurazione nel corso dell'anno civile, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, il computo sarà effettuato a prova addotta dall'assicurato.

4.3 Le date di trattamento sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere effettuate o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Rimangono riservate le disposizioni speciali del successivo capitolo 3.

Capitolo 2 – Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre l'importo dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate, secondo le seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi di trattamento.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e disdetta, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può scegliere una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia inferiore o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambiamento d'assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

Capitolo 3 – Modello PreventoMed

Articolo 10 – Principi del modello

Sottoscrivendo il modello PreventoMed, l'assicurato **accetta**, in caso di problemi di salute e prima di qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, **di rivolgersi, in prima istanza, a uno dei contatti di primo ricorso elencati all'art. 12.**

Articolo 11 – Figure coinvolte

11.1 Centro di telemedicina

Ai sensi delle presenti condizioni, con «Centro di telemedicina» si intende: una società specializzata in medicina a distanza designata da Assura come contatto di primo ricorso, le cui coordinate sono riportate sul sito internet di Assura.

11.2 Farmacia partner

Ai sensi delle presenti condizioni, con «Farmacia partner» si intende: qualsiasi farmacia in Svizzera gestita da un farmacista autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, designata da Assura come contatto di primo ricorso, le cui coordinate sono riportate sul sito internet di Assura.

11.3 Medici di famiglia

11.3.1 Ai sensi delle presenti condizioni, con «Medico di famiglia» si intende: qualsiasi medico autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-

sanitarie, i cui contatti sono stati precedentemente comunicati ad Assura dall'assicurato.

11.3.2 Il cambiamento del Medico di famiglia deve essere comunicato ad Assura prima di qualsiasi consulto presso un nuovo Medico di famiglia.

11.4 Specialisti

Ai sensi delle presenti condizioni, con «Specialista» si intende: qualsiasi medico con una formazione postuniversitaria riconosciuta in una specialità medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed), nonché gli ospedali e le cliniche in cui esercita.

Articolo 12 – Obblighi dell'assicurato

12.1 Principi dell'assicurazione

L'assicurato, o il suo rappresentante legale, si impegna, in caso di problemi di salute, a rivolgersi a uno dei seguenti contatti di primo ricorso prima di qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, potendo scegliere tra:

- il Centro di telemedicina,
- una Farmacia partner, o
- il proprio Medico di famiglia.

12.2 Centro di telemedicina

Il Centro di telemedicina fornisce all'assicurato un consulto medico e, se necessario, lo indirizza a un altro fornitore di prestazioni. Dopo il consulto del Centro di telemedicina, per lo stesso problema di salute l'assicurato può scegliere liberamente, nei limiti delle disposizioni della LAMal, il fornitore di prestazioni o lo specialista per la continuazione del suo trattamento per un lasso di tempo fissato dal Centro di telemedicina. **Se la durata del trattamento di questo problema di salute supera tale lasso di tempo, l'assicurato deve rivolgersi nuovamente al Centro di telemedicina.** Il consulto fornito dal Centro di telemedicina in qualità di contatto di primo ricorso non è fatturato all'assicurato.

12.3 Farmacia partner

La Farmacia partner fornisce all'assicurato una consulenza sulle questioni mediche che riguardano i suoi ambiti di competenza abituali. **Se il problema di salute non può essere risolto in maniera definitiva dalla Farmacia partner, quest'ultima contatta assieme all'assicurato il Centro di telemedicina.** Dopo il consulto del Centro di telemedicina, per lo stesso problema di salute l'assicurato può scegliere liberamente, nei limiti delle disposizioni della LAMal, il fornitore di prestazioni o lo specialista per la continuazione del suo trattamento per un lasso di tempo fissato dal Centro di telemedicina. **Se la durata del trattamento di questo problema di salute supera tale lasso di tempo, l'assicurato deve rivolgersi nuovamente al Centro di telemedicina.** Il consulto fornito dalla Farmacia partner in qualità di contatto di primo ricorso non è fatturato all'assicurato. Lo stesso vale per l'eventuale consulto fornito dal Centro di telemedicina.

12.4 Medico di famiglia

Il Medico di famiglia stabilisce se può continuare lui stesso il trattamento o se è necessario rivolgersi a un altro fornitore di prestazioni o a uno specialista. In quest'ultimo caso, l'assicurato si impegna a chiedere al proprio Medico di famiglia un avviso di delega, debitamente compilato, datato e firmato,

nonché a trasmetterlo il prima possibile ad Assura. Dopo il consulto del proprio Medico di famiglia, per lo stesso problema medico l'assicurato può scegliere liberamente, nei limiti delle disposizioni della LAMal, il fornitore di prestazioni o lo specialista per la continuazione del suo trattamento.

12.5 Eccezioni

12.5.1 Le consultazioni ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i bambini e di ginecologia non sono soggette agli obblighi di cui all'articolo 12.

12.5.2 In caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero, l'assicurato non è soggetto agli obblighi dell'articolo 12.

12.5.3 Si verifica un'urgenza quando si ritiene che le condizioni di una persona possano mettere a repentaglio la sua vita o quando sono necessarie cure immediate.

Articolo 13 – Raccomandazioni mediche e prestazioni senza franchigia

13.1 Raccomandazioni mediche

13.1.1 L'assicurato accetta che i contatti di primo ricorso elencati all'articolo 12 o gli eventuali altri fornitori di prestazioni coinvolti gli forniscano raccomandazioni mediche a scopo di promozione della salute e prevenzione.

13.1.2 Tali raccomandazioni possono essere puntuali, sulla base di criteri medici definiti dai contatti di primo ricorso elencati all'articolo 12 o dagli eventuali altri fornitori di prestazioni coinvolti.

13.1.3 L'assicurato non ha l'obbligo di seguire tali raccomandazioni.

13.2 Prestazioni senza franchigia

Assura può decidere di rinunciare alla riscossione della franchigia per alcune prestazioni elencate in una lista disponibile sul sito internet di Assura e alle condizioni da essa stabilite. Assura può modificare tale lista all'inizio di ogni anno civile.

Articolo 14 – Sanzioni

Qualora l'assicurato violi gli obblighi derivanti dagli articoli da 12.2 a 12.4 esposti qui sopra, Assura provvede a inviargli un richiamo. Se l'assicurato contravviene nuovamente ai suoi obblighi, è trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con una franchigia identica e con adattamento del premio. Il trasferimento diventa effettivo il 1° giorno del mese successivo a un termine di 30 giorni che decorre dall'invio della comunicazione del trasferimento all'assicurato.

Articolo 15 – Adesione al modello PreventoMed

15.1 Il modello PreventoMed può essere scelto da tutte le persone domiciliate in una regione di premio in cui Assura offre tale modello.

15.2 Un assicurato domiciliato in una delle regioni di premi in cui Assura offre il modello PreventoMed, che ha sottoscritto l'assicurazione ordinaria presso Assura con una franchigia ordinaria di CHF 300 per gli adulti e/o giovani adulti e di CHF 0 per i minorenni, può aderire al modello PreventoMed in qualsiasi momento.

Articolo 16 – Uscita dal modello PreventoMed

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello PreventoMed per la fine di un anno civile. In caso di soppressione, l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con la stessa franchigia o, se lo richiede, a un altro modello assicurativo offerto da Assura. Rimane riservato il diritto dell'assicurato di recedere alle condizioni previste dall'articolo 7 LAMal.

16.2 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in una regione di premio in cui Assura non offre il modello PreventoMed, egli passa automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia o, se lo richiede, a un altro modello assicurativo offerto da Assura.

In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con la stessa franchigia, con effetto retroattivo al 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17 – Trattamento dei dati

17.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina i dati necessari all'identificazione dell'assicurato e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione dei dati sanitari. La trasmissione di tali dati può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.2 Scambio di dati

17.2.1 Sottoscrivendo il modello PreventoMed, l'assicurato autorizza gli scambi di dati tra il Centro di telemedicina e Assura, così come tra la Farmacia partner, il Medico di famiglia, gli altri fornitori di prestazioni coinvolti e Assura. Deve trattarsi di scambi strettamente necessari per garantire un coordinamento ottimale del modello PreventoMed e devono pertanto avvenire nel pieno rispetto delle regole sulla protezione dei dati.

17.2.2 L'assicurato autorizza inoltre il Centro di telemedicina, la Farmacia partner e il Medico di famiglia a scambiare le informazioni mediche necessarie con lo specialista o il fornitore di prestazioni scelto dall'assicurato.

17.2.3 Al fine di verificare se l'assicurato rispetta le condizioni di assicurazione del modello PreventoMed, il Centro di telemedicina trasmette ad Assura i dati necessari per tale verifica, in particolare la lista dei consulti e il lasso di tempo stabilito. Allo stesso scopo, la Farmacia partner trasmette ad Assura, se le condizioni tecniche lo permettono, i dati necessari per tale verifica, in particolare la lista dei consulti.

17.2.4 I colloqui telefonici sono registrati e archiviati dal Centro di telemedicina. In caso di controversie, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se necessario, presentate in tribunale. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.2.5 La trasmissione dei dati come prevista nelle presenti condizioni tra Assura, il Centro di telemedicina, la Farmacia

partner, il Medico di famiglia e gli altri fornitori di prestazioni coinvolti può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati che le sono necessari, in particolare per il calcolo e la riscossione dei premi, per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, per la gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, per la rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e per l'elaborazione di statistiche.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura non assume alcuna responsabilità medica.

Titolo 3 – Entrata in vigore

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2025.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello PreventoMed

Edizione 01.2027

Titolo 1 – Basi contrattuali e diritto applicabile

Il modello PreventoMed è una forma particolare di assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in cui la scelta dei fornitori di prestazioni è limitata ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello PreventoMed è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), dalle loro ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Sottoscrivendo il modello PreventoMed, l'assicurato accetta, in caso di problemi di salute, di consultare uno dei seguenti contatti di primo ricorso prima di qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, potendo scegliere tra:

- il Centro di telemedicina,
- una Farmacia partner, o
- il proprio Medico di famiglia.

Titolo 2 – Forme di assicurazione

Capitolo 1 – Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal tenendo conto delle condizioni di cui agli articoli da 32 a 34 di detta legge.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi dei propri trattamenti.

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del successivo capitolo 2.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia (aliquota percentuale).

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni di una famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito Assura) pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria di assicurazione nel corso dell'anno civile, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, il computo sarà effettuato a prova addotta dall'assicurato.

4.3 Le date di trattamento sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere effettuate o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Rimangono riservate le disposizioni speciali del successivo capitolo 3.

Capitolo 2 – Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre l'importo dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate, secondo le seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi di trattamento.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e disdetta, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può scegliere una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia inferiore o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambiamento d'assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

Capitolo 3 – Modello PreventoMed

Articolo 10 – Principi del modello

Sottoscrivendo il modello PreventoMed, l'assicurato **accetta**, in caso di problemi di salute e prima di qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, **di rivolgersi, in prima istanza, a uno dei contatti di primo ricorso elencati all'articolo 12.**

Articolo 11 – Figure coinvolte

11.1 Centro di telemedicina

Ai sensi delle presenti condizioni, con «Centro di telemedicina» si intende una società specializzata in medicina a distanza designata da Assura come contatto di primo ricorso, le cui coordinate sono riportate sul sito internet di Assura.

11.2 Farmacia partner

Ai sensi delle presenti condizioni, con «Farmacia partner» si intende qualsiasi farmacia in Svizzera gestita da un farmacista autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, designata da Assura come contatto di primo ricorso, le cui coordinate sono riportate sul sito internet di Assura.

11.3 Medico di famiglia

11.3.1 Ai sensi delle presenti condizioni, con «Medico di famiglia» si intende qualsiasi medico autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-

sanitarie, di cui l'assicurato ha comunicato le generalità ad Assura ancor prima di sottoporsi a un qualsiasi consulto.

11.3.2 Il cambiamento del Medico di famiglia deve essere comunicato ad Assura prima di qualsiasi consulto presso un nuovo Medico di famiglia.

11.4 Specialisti

Ai sensi delle presenti condizioni, con «Specialista» si intende qualsiasi medico con una formazione postuniversitaria riconosciuta in una specialità medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed), nonché gli ospedali e le cliniche in cui esercita.

Articolo 12 – Obblighi dell'assicurato

12.1 Principi dell'assicurazione

L'assicurato, o il suo rappresentante legale, si impegna, in caso di problemi di salute, a rivolgersi a uno dei seguenti contatti di primo ricorso prima di qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, potendo scegliere tra:

- il Centro di telemedicina,
- una Farmacia partner, o
- il proprio Medico di famiglia.

12.2 Centro di telemedicina

Il Centro di telemedicina fornisce all'assicurato un consulto medico e, se necessario, lo indirizza a un altro fornitore di prestazioni. Dopo il consulto del Centro di telemedicina, per lo stesso problema di salute l'assicurato può scegliere liberamente, nei limiti delle disposizioni della LAMal, il fornitore di prestazioni o lo specialista per la continuazione del suo trattamento per un lasso di tempo fissato dal Centro di telemedicina. **Se la durata del trattamento di questo problema di salute supera tale lasso di tempo, l'assicurato deve rivolgersi nuovamente al Centro di telemedicina.** Il consulto fornito dal Centro di telemedicina in qualità di contatto di primo ricorso non è fatturato all'assicurato.

12.3 Farmacia partner

La Farmacia partner fornisce all'assicurato una consulenza sulle questioni mediche che riguardano i suoi ambiti di competenza abituali. **Se la Farmacia partner non può risolvere in modo definitivo il problema di salute dell'assicurato, quest'ultimo deve rivolgersi al Centro di telemedicina.** Dopo il consulto del Centro di telemedicina, per lo stesso problema di salute l'assicurato può scegliere liberamente, nei limiti delle disposizioni della LAMal, il fornitore di prestazioni o lo specialista per la continuazione del suo trattamento per un lasso di tempo fissato dal Centro di telemedicina. **Se la durata del trattamento di questo problema di salute supera tale lasso di tempo, l'assicurato deve rivolgersi nuovamente al Centro di telemedicina.** La consulenza fornita dalla Farmacia partner in qualità di contatto di primo ricorso è integralmente coperta da Assura. Lo stesso vale per l'eventuale consulto fornito dal Centro di telemedicina.

12.4 Medico di famiglia

Il Medico di famiglia stabilisce se può continuare lui stesso il trattamento o se è necessario rivolgersi a un altro fornitore di prestazioni o a uno specialista. In quest'ultimo caso, l'assicurato si impegna a chiedere al proprio Medico di famiglia un avviso di delega, debitamente compilato, datato e firmato,

nonché a trasmetterlo il prima possibile ad Assura. Dopo il consulto del proprio Medico di famiglia, per lo stesso problema medico l'assicurato può scegliere liberamente, nei limiti delle disposizioni della LAMal, il fornitore di prestazioni o lo specialista per la continuazione del suo trattamento.

12.5 Eccezioni

12.5.1 Le consultazioni ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i bambini e di ginecologia non sono soggette agli obblighi di cui all'articolo 12.

12.5.2 In caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero, l'assicurato non è soggetto agli obblighi dell'articolo 12.

12.5.3 Si verifica un'urgenza quando si ritiene che le condizioni di una persona possano mettere a repentaglio la sua vita o quando sono necessarie cure immediate.

Articolo 13 – Raccomandazioni mediche e prestazioni senza franchigia

13.1 Raccomandazioni mediche

13.1.1 L'assicurato accetta che i contatti di primo ricorso elencati all'articolo 12 o gli eventuali altri fornitori di prestazioni coinvolti gli forniscano raccomandazioni mediche a scopo di promozione della salute e prevenzione.

13.1.2 Tali raccomandazioni possono essere puntuali, sulla base di criteri medici definiti dai contatti di primo ricorso elencati all'articolo 12 o dagli eventuali altri fornitori di prestazioni coinvolti.

13.1.3 L'assicurato non ha l'obbligo di seguire tali raccomandazioni.

13.2 Prestazioni senza franchigia

Assura può decidere di rinunciare alla riscossione della franchigia per alcune prestazioni elencate in una lista disponibile sul sito internet di Assura e alle condizioni da essa stabilite. Assura può modificare tale lista all'inizio di ogni anno civile.

Articolo 14 – Sanzioni

Qualora l'assicurato violi gli obblighi derivanti dagli articoli da 12.2 a 12.4 esposti qui sopra, Assura provvede a inviargli un richiamo. In caso di ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 15 – Adesione al modello PreventoMed

15.1 Il modello PreventoMed può essere scelto da tutte le persone domiciliate in una regione di premio in cui Assura offre tale modello.

15.2 Un assicurato beneficiario del modello ordinario Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) e domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone il modello PreventoMed può passare in qualsiasi momento e senza modifica della franchigia al modello PreventoMed con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

Articolo 16 – Uscita dal modello PreventoMed

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello PreventoMed per la fine di un anno civile. In caso di

soppressione, l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con la stessa franchigia o, se lo richiede, a un altro modello assicurativo offerto da Assura. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicurato conformemente all'articolo 7 LAMal.

16.2 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in una regione di premio in cui Assura non offre il modello PreventoMed, egli passa automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia o, se lo richiede, a un altro modello assicurativo offerto da Assura.

16.3 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con la stessa franchigia, con effetto retroattivo al 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17 – Trattamento dei dati

17.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina i dati necessari all'identificazione dell'assicurato e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione dei dati sanitari. La trasmissione di tali dati può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.2 Scambio di dati

17.2.1 Sottoscrivendo il modello PreventoMed, l'assicurato autorizza gli scambi di dati tra il Centro di telemedicina e Assura, così come tra la Farmacia partner, il Medico di famiglia, gli altri fornitori di prestazioni coinvolti e Assura. Deve trattarsi di scambi strettamente necessari per garantire un coordinamento ottimale del modello PreventoMed e devono pertanto avvenire nel pieno rispetto delle regole sulla protezione dei dati.

17.2.2 L'assicurato autorizza inoltre il Centro di telemedicina, la Farmacia partner e il Medico di famiglia a scambiare le informazioni mediche necessarie con lo specialista o il fornitore di prestazioni scelto dall'assicurato.

17.2.3 Al fine di verificare se l'assicurato rispetta le condizioni di assicurazione del modello PreventoMed, il Centro di telemedicina trasmette ad Assura i dati necessari per tale verifica, in particolare la lista dei consulti e il lasso di tempo stabilito. Allo stesso scopo, la Farmacia partner trasmette ad Assura, se le condizioni tecniche lo permettono, i dati necessari per tale verifica, in particolare la lista dei consulti.

17.2.4 I colloqui telefonici sono registrati e archiviati dal Centro di telemedicina. In caso di controversie, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se necessario, presentate in tribunale. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.2.5 La trasmissione dei dati come prevista nelle presenti condizioni tra Assura, il Centro di telemedicina, la Farmacia partner, il Medico di famiglia e gli altri fornitori di prestazioni coinvolti può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati che le sono necessari, in particolare per il calcolo e la riscossione dei premi, per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, per la gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, per la rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e per l'elaborazione di statistiche.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura non assume alcuna responsabilità medica.

Titolo 3 – Entrata in vigore

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2027.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello QualiMed

Edizione 01.2026

TITOLO PRIMO - BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello QualiMed è una forma particolare di assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in cui la scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994 e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (OAMal) è limitata.

Il modello QualiMed è disciplinato dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, dalle loro ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

I principi particolari che regolano il funzionamento di questo modello, l'adesione e l'uscita degli assicurati sono disciplinati dagli articoli 41 capoverso 4 e 62 capoversi 1 e 3 della LAMal, nonché dagli articoli 99 a 101 dell'OAMal. Per il resto, fanno stato i principi generali della LAMal e delle sue ordinanze di applicazione.

Sottoscrivendo il modello QualiMed l'assicurato accetta di conformarsi alle condizioni particolari descritte al successivo capitolo 3. Quale contropartita, beneficia di un ribasso sui suoi premi di assicurazione.

TITOLO 2 - FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 - ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 - Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli 24 a 31 LAMal, tenendo conto delle condizioni di cui agli art. 32 a 34 di detta legge.

Articolo 2 - Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) del costo dei trattamenti

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali.

Articolo 3 - Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia.

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a delle prestazioni generali.

Articolo 4 - Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Se più minorenni di una famiglia sono assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito Assura), insieme pagano al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria di assicurazione nel corso dell'anno, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Se la franchigia e l'aliquota percentuale non sono state fatturate, la deduzione sarà effettuata solo se l'assicurato comprova la circostanza.

4.3 Le date di trattamento sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5 - Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere effettuate o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 - ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 - Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 - Scopo

Allo scopo di ridurre l'importo dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai suoi assicurati la possibilità di optare per delle franchigie più elevate, secondo le disposizioni che seguono.

Articolo 8 - Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi di trattamento.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 - Adesione, uscita e cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può scegliere una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambiamento d'assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 - MODELLO QUALIME

Articolo 10 - I vari attori

10.1 Medici di famiglia

10.1.1 Per Medico di famiglia, ai sensi delle presenti condizioni, si intende: ogni medico autorizzato a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le cui generalità dovranno essere comunicate ad Assura dall'assicurato.

10.1.2 Stipulando il modello QualiMed, l'assicurato sceglie un Medico di famiglia e ne comunica i dati ad Assura.

10.1.3 Il cambiamento del Medico di famiglia deve essere comunicato ad Assura prima di qualsiasi consulto presso un nuovo Medico di famiglia.

10.2 Specialisti

Per specialista, ai sensi delle presenti condizioni, si intende: ogni medico con titolo di perfezionamento professionale riconosciuto in una specialità medica ai sensi della Legge federale sulle professioni mediche (LPMed), nonché gli ospedali, cliniche nelle quali esercita.

Articolo 11 I nostri Partner

11.1 Centro di telemedicina

11.1.1 Il Centro di telemedicina, nominato da Assura e le cui generalità figurano sul sito internet di Assura, fornisce una consulenza medica e propone delle consultazioni mediche a distanza. Se del caso, concorda con l'assicurato il trattamento adeguato che si impegna a seguire.

11.1.2 Le consultazioni effettuate da un medico a distanza sono prese a carico conformemente alla LAMal e fatturate secondo il metodo del terzo pagante.

11.2 Centro di consulenza indipendente

11.2.1 Il Centro di consulenza indipendente, designato da Assura e le cui generalità sono indicate nel sito internet di Assura, è una società esperta nella raccomandazione di medici specialisti.

11.2.2 La lista delle specializzazioni per le quali l'assicurato deve rivolgersi al Centro di consulenza indipendente, è disponibile sul sito internet di Assura ed è pure inviata all'assicurato con la polizza d'assicurazione.

11.2.3 Tale lista può essere modificata in qualsiasi momento da Assura in modo unilaterale. In tal caso, l'assicurato ne è informato per iscritto e può chiedere, entro un termine di 30 giorni, di passare ad un altro modello d'assicurazione di base proposto da Assura con la stessa franchigia.

11.2.4 L'intervento del Centro di consulenza indipendente e la ricerca di specialisti non sono fatturati all'assicurato.

Articolo 12 - Obblighi dell'assicurato

12.1 Prima di ogni trattamento medico

12.1.1 Prima di ogni trattamento medico, in ambulatorio o in stazionario, l'assicurato o il suo rappresentante legale, in caso di problema di salute o in vista di una prestazione di prevenzione, si impegna a rivolgersi al Centro di telemedicina oppure al Medico di famiglia da lui scelto e comunicato ad Assura. La stessa cosa vale se è in corso un trattamento al momento della sottoscrizione del modello QualiMed, conformemente all'articolo 14.3.

12.1.2 Rimangono riservate le disposizioni per i casi d'urgenza e le eccezioni che figurano all'articolo 13.

12.2 Consultazione presso il Centro di telemedicina

12.2.1 Se il Centro di telemedicina constata che l'assicurato deve consultare un medico generico, l'assicurato dovrà rivolgersi al Medico di famiglia da lui scelto e seguire la procedura prevista all'articolo 12.3 di seguito.

12.2.2 In tutti gli altri casi, il Centro di telemedicina fornisce all'assicurato una consulenza medica e/o concorda con l'assicurato il trattamento adeguato che si impegna a seguire.

Il Centro di telemedicina definisce in particolare i fornitori di cure e/o gli specialisti. L'assicurato s'impegna a consultare e a farsi curare da quest'ultimi, nei limiti delle disposizioni della LAMal; rimane riservata una consultazione da parte del Centro di consulenza indipendente (vedere articolo 12.2.3 qui sotto).

12.2.3 Se l'assicurato deve consultare uno specialista la cui specializzazione figura sul sito internet di Assura, il Centro di telemedicina lo inviterà a rivolgersi al Centro di consulenza indipendente, al fine di ottenere tre raccomandazioni di specialisti. Il Centro di consulenza indipendente formulerà le sue raccomandazioni in particolare in base ai dati ricevuti dal Centro di telemedicina. Prima di intraprendere qualsiasi altro passo, l'assicurato si impegna a consultare uno degli specialisti raccomandati dal Centro di consulenza indipendente e a farsi curare dallo stesso nei limiti delle disposizioni della LAMal.

12.2.4 Se, nell'ambito della stessa affezione, è necessario che l'assicurato consulti un altro fornitore di cure e/o un altro specialista, la cui specializzazione non è elencata nel sito internet di Assura, deve contattare nuovamente il Centro di telemedicina prima di qualsiasi consultazione, al fine di aggiornare il suo trattamento.

12.2.5 Se per la stessa affezione è necessario consultare un altro specialista la cui specializzazione è elencata sul sito internet di Assura, prima di ogni altro passo e in particolare prima di qualsiasi consultazione l'assicurato deve nuovamente contattare il Centro di consulenza indipendente, al fine di ottenere la raccomandazione di tre specialisti. Il Centro di consulenza indipendente formulerà le sue raccomandazioni in particolare in base ai dati ricevuti dal Centro di telemedicina. **Prima d'intraprendere qualsiasi altro passo, l'assicurato s'impegna a consultare uno degli specialisti raccomandati dal Centro di consulenza indipendente e a farsi curare da questo specialista, nei limiti delle disposizioni della LAMal.**

12.3 Consultazione presso il Medico di famiglia

12.3.1 Il Medico di famiglia fornisce all'assicurato un trattamento medico. Decide inoltre se può proseguire egli stesso il trattamento o se deve rivolgersi ad un altro fornitore di cure e/o ad uno specialista.

12.3.2 Specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura:

12.3.2.1 Se l'assicurato deve consultare uno specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura, deve rivolgersi al Centro di consulenza indipendente al fine di ottenere tre raccomandazioni di specialisti.

12.3.2.2 **L'assicurato deve allora chiedere al suo Medico di famiglia una copia del suo incarto medico che dovrà trasmettere al Centro di consulenza indipendente. Il Centro di consulenza indipendente formulerà le sue raccomandazioni in particolare in base ai dati ricevuti dall'assicurato, che potranno dar luogo ad una richiesta di chiarimento da parte del Centro di consulenza indipendente. In tal caso l'assicurato si impegna a collaborare in modo proattivo. Prima di intraprendere qualsiasi altro passo, l'assicurato si impegna inoltre a consultare uno dei tre specialisti raccomandati dal Centro di consulenza indipendente e a farsi curare da uesto specialista nei limiti delle disposizioni della LAMal.**

12.3.2.3 Se, nell'ambito della stessa affezione, è necessario consultare un altro specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura, prima di qualsiasi altro passo e in particolare prima di ogni altra consultazione, l'assicurato deve rivolgersi nuovamente al Centro di consulenza indipendente.

Prima d'intraprendere qualsiasi passo, l'assicurato s'impegna a consultare uno dei tre specialisti raccomandati dal Centro di consulenza indipendente e a farsi curare dallo specialista scelto nei limiti delle disposizioni della LAMal.

12.3.3 Specialista la cui specializzazione non figura nel sito internet di Assura o altro fornitore di cure:

Se l'assicurato deve rivolgersi ad uno specialista la cui specializzazione non figura nel sito internet di Assura o ad un altro fornitore di cure, egli s'impegna ad ottenere dal suo Medico di famiglia un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato, prima di qualsiasi consultazione presso tale specialista o fornitore di cure. In seguito, questo avviso di delega dovrà essere trasmesso ad Assura il prima possibile.

12.4 Sanzioni

12.4.1 **Qualora l'assicurato violi gli obblighi derivanti dagli articoli 12.2.3 e 12.2.5, così come dall'articolo 12.3.2, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.** Tuttavia, se Assura rifiuta di pagare le prestazioni sulla base del presente articolo, l'assicurato può chiedere il passaggio retroattivo dal 1° gennaio dell'anno in corso al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con la stessa franchigia e con un adattamento del premio.

12.4.2 Qualora l'assicurato violi gli obblighi derivanti dagli articoli 12.2.2, 12.2.4 e 12.3.3, Assura gli invia un richiamo al rispetto dei suoi obblighi. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 13 - Eccezioni

13.1 Le consultazioni ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i bambini e di ginecologia non sono soggette agli obblighi dell'articolo 12.

13.2 In caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero, l'assicurato può rivolgersi al fornitore di cure e/o ad uno specialista senza contattare preliminarmente il Centro di telemedicina o il Medico di famiglia e senza ricorrere, ai servizi del Centro di consulenza indipendente, al quale ricorrere altrimenti. Se il trattamento prodigato in urgenza necessita consultazioni di controllo, **l'assicurato deve rispettare obbligatoriamente gli impegni presi all'articolo 12 di cui sopra.**

Articolo 14 - Ammissione al modello QualiMed

14.1 Il modello QualiMed può essere scelto da tutte le persone domiciliate in una regione di premio in cui Assura propone tale modello.

14.2 Un assicurato domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone il modello QualiMed e titolare del modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) può passare in qualsiasi momento al modello QualiMed con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

14.3 In caso di trattamento in corso al momento dell'affiliazione al modello QualiMed, l'assicurato deve rispettare gli impegni presi agli articoli 12 e 13.2. Fanno eccezione a questa regola gli interventi pianificati prima dell'affiliazione al modello QualiMed e che saranno effettuati nei due mesi successivi all'affiliazione dell'assicurato al modello QualiMed.

Articolo 15 - Uscita dal modello QualiMed

15.1 Assura può sopprimere il modello QualiMed per la fine di un anno civile, rispettando un preavviso di due mesi. L'assicurato sarà allora trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con la stessa franchigia o, se lo richiede, in un altro modello d'assicurazione proposto da Assura. Rimane riservato il diritto dell'assicurato di demissionare alle condizioni previste dall'articolo 7 LAMal.

15.2 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in una regione di premio in cui il modello QualiMed non è proposto da Assura, egli passa automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia.

15.3 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia, con effetto retroattivo al 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 16 - Trattamento dei dati

16.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina e al Centro di consulenza indipendente i dati necessari all'identificazione dell'assicurato e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione dei dati sanitari. La trasmissione di tali dati può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

16.2 Scambio di dati

16.2.1 Sottoscrivendo il modello QualiMed, l'assicurato autorizza gli scambi di dati tra il Centro di telemedicina e Assura, così come tra il centro di consulenza indipendente e/o gli altri fornitori di prestazioni coinvolti e Assura. Deve trattarsi di scambi di dati strettamente necessari per garantire un coordinamento ottimale del modello QualiMed e per determinare il diritto alle prestazioni e devono pertanto avvenire nel pieno rispetto delle regole sulla protezione dei dati.

16.2.2 L'assicurato autorizza il Centro di telemedicina a trasmettere al Centro di consulenza indipendente le informazioni mediche necessarie che permettano al Centro di consulenza indipendente di fornire una prestazione di consulenza adeguata al fine di ottimizzare il trattamento medico. Allo stesso scopo, l'assicurato autorizza il Centro di consulenza indipendente a elaborare i dati trasmessi e in particolare a trasferirli allo specialista che egli avrà scelto. L'elaborazione dei dati dell'assicurato da parte del Centro di consulenza indipendente è effettuata inoltre in base al

consenso esplicito dell'assicurato richiestogli preliminarmente dal Centro di consulenza indipendente.

16.2.3. L'assicurato autorizza il Centro di telemedicina a trasmettere ad Assura la lista di tutte le consultazioni da esso effettuate e, se del caso, le deleghe emesse, per consentire ad Assura di effettuare il controllo degli obblighi dell'assicurato e della fatturazione.

16.2.4 L'assicurato autorizza il Centro di consulenza indipendente a trasmettere ad Assura la raccomandazione che indichi lo specialista scelto, per consentire ad Assura di effettuare il controllo degli obblighi dell'assicurato e della fatturazione. A fini statistici, il Centro di consulenza indipendente consegna inoltre periodicamente ad Assura un rapporto da esso redatto sulla propria attività, per consentire ad Assura di valutare l'adeguatezza del modello QualiMed.

16.2.5 La trasmissione dei dati come prevista nelle presenti condizioni tra Assura, il Centro di telemedicina, il Centro di consulenza indipendente e gli altri fornitori di prestazioni coinvolti può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

16.3 Registrazione dei colloqui da parte del Centro di telemedicina

I colloqui di consulenza e le consultazioni mediche a distanza sono registrati ed archiviati dal Centro di telemedicina. In caso di litigio, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. Tuttavia, in assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

16.4 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati che le sono necessari, in particolare per il calcolo e la riscossione dei premi, per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, per la gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, per la rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e per l'elaborazione di statistiche.

Articolo 17 - Responsabilità

Assura non assume alcuna responsabilità medica.

TITOLO 3 - ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2026.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello QualiMed

Edizione 01.2027

TITOLO 1 - BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello QualiMed è una forma particolare di assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in cui la scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994 e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (OAMal) è limitata.

Il modello QualiMed è disciplinato dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, dalle loro ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

I principi particolari che regolano il funzionamento di questo modello, l'adesione e l'uscita degli assicurati sono disciplinati dagli articoli 41 capoverso 4 e 62 capoversi 1 e 3 della LAMal, nonché dagli articoli 99 a 101 dell'OAMal. Per il resto, fanno stato i principi generali della LAMal e delle sue ordinanze di applicazione.

Sottoscrivendo il modello QualiMed l'assicurato accetta di conformarsi alle condizioni particolari descritte al successivo capitolo 3. Quale contropartita, beneficia di un ribasso sui suoi premi di assicurazione.

TITOLO 2 - FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 - ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 - Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli 24 a 31 LAMal, tenendo conto delle condizioni di cui agli art. 32 a 34 di detta legge.

Articolo 2 - Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) del costo dei trattamenti

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali.

Articolo 3 - Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia (aliquota percentuale).

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 - Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Se più minorenni di una famiglia sono assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito Assura), insieme pagano al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria di assicurazione nel corso dell'anno, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Se la franchigia e l'aliquota percentuale non sono state fatturate, la deduzione sarà effettuata solo se l'assicurato comprova la circostanza.

4.3 Le date di trattamento sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5 - Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere effettuate o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 - ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 - Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 - Scopo

Allo scopo di ridurre l'importo dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai suoi assicurati la possibilità di optare per delle franchigie più elevate, secondo le disposizioni che seguono.

Articolo 8 - Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi di trattamento.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 - Adesione, uscita e cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può scegliere una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambiamento d'assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 - MODELLO QUALIMED

Articolo 10 - I vari attori

10.1 Medici di famiglia

10.1.1 Per Medico di famiglia, ai sensi delle presenti condizioni, si intende ogni medico autorizzato a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, di cui l'assicurato ha comunicato le generalità ad Assura ancor prima di sottoporsi a un qualsiasi consulto.

10.1.2 Il cambiamento del Medico di famiglia deve essere comunicato dall'assicurato ad Assura prima di qualsiasi consulto presso il nuovo Medico di famiglia.

10.2 Specialisti

Per specialista, ai sensi delle presenti condizioni, si intende ogni medico con titolo di perfezionamento professionale riconosciuto in una specialità medica ai sensi della Legge federale sulle professioni mediche (LPMed), nonché gli ospedali, cliniche nelle quali esercita.

Articolo 11 - I nostri Partner

11.1 Centro di telemedicina

11.1.1 Il Centro di telemedicina, nominato da Assura e le cui generalità figurano sul sito internet di Assura, fornisce una consulenza medica e propone delle consultazioni mediche a distanza. Se del caso, concorda con l'assicurato il trattamento adeguato che si impegna a seguire.

11.1.2 Le consultazioni effettuate da un medico a distanza sono prese a carico conformemente alla LAMal e fatturate secondo il metodo del terzo pagante.

11.2 Centro di consulenza indipendente

11.2.1 Il Centro di consulenza indipendente, designato da Assura e le cui generalità sono indicate nel sito internet di Assura, è una società esperta nella raccomandazione di medici specialisti.

11.2.2 La lista delle specializzazioni per le quali l'assicurato deve rivolgersi al Centro di consulenza indipendente, è disponibile sul sito internet di Assura ed è pure inviata all'assicurato con la polizza d'assicurazione.

11.2.3 Tale lista può essere modificata in qualsiasi momento da Assura in modo unilaterale. In tal caso, l'assicurato ne è informato per iscritto e può chiedere, entro un termine di 30 giorni, di passare ad un altro modello d'assicurazione di base proposto da Assura con la stessa franchigia.

11.2.4 L'intervento del Centro di consulenza indipendente e la ricerca di specialisti non sono fatturati all'assicurato.

Articolo 12 - Obblighi dell'assicurato

12.1 Prima di ogni trattamento medico

12.1.1 Prima di ogni trattamento medico, in ambulatorio o in stazionario, l'assicurato o il suo rappresentante legale, in caso di problema di salute o in vista di una prestazione di prevenzione, si impegna a rivolgersi al Centro di telemedicina oppure al Medico di famiglia da lui scelto e comunicato ad Assura. La stessa cosa vale se è in corso un trattamento al momento della sottoscrizione del modello QualiMed, conformemente all'articolo 14.3.

12.1.2 Rimangono riservate le disposizioni per i casi d'urgenza e le eccezioni che figurano all'articolo 13.

12.2 Consultazione presso il Centro di telemedicina

12.2.1 Se il Centro di telemedicina constata che l'assicurato deve consultare un medico generico, l'assicurato dovrà rivolgersi al Medico di famiglia da lui scelto e seguire la procedura prevista all'articolo 12.3 di seguito.

12.2.2 In tutti gli altri casi, il Centro di telemedicina fornisce all'assicurato una consulenza medica e/o concorda con l'assicurato il trattamento adeguato che si impegna a seguire.

Il Centro di telemedicina definisce in particolare i fornitori di cure e/o gli specialisti. L'assicurato s'impegna a consultare e a farsi curare da quest'ultimi, nei limiti delle disposizioni della LAMal; rimane riservata una consultazione da parte del Centro di consulenza indipendente (vedere articolo 12.2.3 qui sotto).

12.2.3 Se l'assicurato deve consultare uno specialista la cui specializzazione figura sul sito internet di Assura, il Centro di telemedicina lo inviterà a rivolgersi al Centro di consulenza indipendente, al fine di ottenere tre raccomandazioni di specialisti. Il Centro di consulenza indipendente formulerà le sue raccomandazioni in particolare in base ai dati ricevuti dal Centro di telemedicina. Prima di intraprendere qualsiasi altro passo, l'assicurato si impegna a consultare uno degli specialisti raccomandati dal Centro di consulenza indipendente e a farsi curare da questo specialista nei limiti delle disposizioni della LAMal.

12.2.4 Se, nell'ambito della stessa affezione, è necessario che l'assicurato consulti un altro fornitore di cure e/o un altro specialista, la cui specializzazione non è elencata nel sito internet di Assura, deve contattare nuovamente il Centro di telemedicina prima di qualsiasi consultazione, al fine di aggiornare il suo trattamento.

12.2.5 Se per la stessa affezione è necessario consultare un altro specialista la cui specializzazione è elencata sul sito internet di Assura, prima di ogni altro passo e in particolare prima di qualsiasi consultazione l'assicurato deve nuovamente contattare il Centro di consulenza indipendente, al fine di ottenere la raccomandazione di tre specialisti. Il Centro di consulenza indipendente formulerà le sue raccomandazioni in particolare in base ai dati ricevuti dal Centro di telemedicina. **Prima d'intraprendere qualsiasi altro passo, l'assicurato s'impegna a consultare uno degli specialisti raccomandati dal Centro di consulenza indipendente e a farsi curare da questo specialista, nei limiti delle disposizioni della LAMal.**

12.3 Consultazione presso il Medico di famiglia

12.3.1 Il Medico di famiglia fornisce all'assicurato un trattamento medico. Decide inoltre se può proseguire egli stesso il trattamento o se deve rivolgersi ad un altro fornitore di cure e/o ad uno specialista.

12.3.2 Specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura:

12.3.2.1 Se l'assicurato deve consultare uno specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura, deve rivolgersi al Centro di consulenza indipendente al fine di ottenere tre raccomandazioni di specialisti.

12.3.2.2 L'assicurato deve allora chiedere al suo Medico di famiglia una copia del suo incarto medico che dovrà trasmettere al Centro di consulenza indipendente. Il Centro di consulenza indipendente formulerà le sue raccomandazioni in particolare in base ai dati ricevuti dall'assicurato, che potranno dar luogo ad una richiesta di chiarimento da parte del Centro di consulenza indipendente. In tal caso l'assicurato si impegna a collaborare in modo proattivo. Prima di intraprendere qualsiasi altro passo, l'assicurato si impegna inoltre a consultare uno dei tre specialisti raccomandati dal Centro di consulenza indipendente e a farsi curare da questo specialista nei limiti delle disposizioni della LAMal.

12.3.2.3 Se, nell'ambito della stessa affezione, è necessario consultare un altro specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura, prima di qualsiasi altro passo e in particolare prima di ogni altra consultazione, l'assicurato deve rivolgersi nuovamente al Centro di consulenza indipendente.

Prima d'intraprendere qualsiasi passo, l'assicurato s'impegna a consultare uno dei tre specialisti raccomandati dal Centro di consulenza indipendente e a farsi curare dallo specialista scelto nei limiti delle disposizioni della LAMal.

12.3.3 Specialista la cui specializzazione non figura nel sito internet di Assura o altro fornitore di cure:

Se l'assicurato deve rivolgersi ad uno specialista la cui specializzazione non figura nel sito internet di Assura o ad un altro fornitore di cure, egli s'impegna ad ottenere dal suo Medico di famiglia un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato, prima di qualsiasi consultazione presso tale specialista o fornitore di cure. In seguito, questo avviso di delega dovrà essere trasmesso ad Assura il prima possibile.

12.4 Sanzioni

12.4.1 Qualora l'assicurato violi gli obblighi derivanti dagli articoli 12.2.3 e 12.2.5, così come dall'articolo 12.3.2, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi. Tuttavia, se Assura rifiuta di pagare le prestazioni sulla base del presente articolo, l'assicurato può chiedere il passaggio retroattivo dal 1° gennaio dell'anno in corso al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con la stessa franchigia e con un adattamento del premio.

12.4.2 Qualora l'assicurato violi gli obblighi derivanti dagli articoli 12.2.2, 12.2.4 e 12.3.3, Assura gli invia un richiamo al rispetto dei suoi obblighi. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 13 - Eccezioni

13.1 Le consultazioni ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i bambini e di ginecologia non sono soggette agli obblighi dell'articolo 12.

13.2 In caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero, l'assicurato può rivolgersi al fornitore di cure e/o ad uno specialista senza contattare preliminarmente il Centro di telemedicina o il Medico di famiglia e senza ricorrere, ai servizi del Centro di consulenza indipendente, al quale ricorrere altrimenti. Se il trattamento prodigato in urgenza necessita consultazioni di controllo, **l'assicurato deve rispettare obbligatoriamente gli impegni presi all'articolo 12 di cui sopra.**

Articolo 14 - Ammissione al modello QualiMed

14.1 Il modello QualiMed può essere scelto da tutte le persone domiciliate in una regione di premio in cui Assura propone tale modello.

14.2 Un assicurato domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone il modello QualiMed e titolare del modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) può passare in qualsiasi momento e senza modifica della franchigia al modello QualiMed con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

14.3 In caso di trattamento in corso al momento dell'affiliazione al modello QualiMed, l'assicurato deve rispettare gli impegni presi agli articoli 12 e 13.2. Fanno eccezione a questa regola gli interventi pianificati prima dell'affiliazione al modello QualiMed e che saranno effettuati nei due mesi successivi all'affiliazione dell'assicurato al modello QualiMed.

Articolo 15 - Uscita dal modello QualiMed

15.1 Assura può sopprimere il modello QualiMed per la fine di un anno civile, rispettando un preavviso di due mesi. L'assicurato sarà allora trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con la stessa franchigia o, se lo richiede, in un altro modello d'assicurazione proposto da Assura. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicurato conformemente all'articolo 7 LAMal.

15.2 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in una regione di premio in cui il modello QualiMed non è proposto da Assura, egli passa automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia.

15.3 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia, con effetto retroattivo al 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 16 - Trattamento dei dati

16.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina e al Centro di consulenza indipendente i dati necessari all'identificazione dell'assicurato e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione dei dati sanitari. La trasmissione di tali dati può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

16.2 Scambio di dati

16.2.1 Sottoscrivendo il modello QualiMed, l'assicurato autorizza gli scambi di dati tra il Centro di telemedicina e Assura, così come tra il centro di consulenza indipendente e/o gli altri fornitori di prestazioni coinvolti e Assura. Deve trattarsi di scambi di dati strettamente necessari per garantire un coordinamento ottimale del modello QualiMed e per determinare il diritto alle prestazioni e devono pertanto avvenire nel pieno rispetto delle regole sulla protezione dei dati.

16.2.2 L'assicurato autorizza il Centro di telemedicina a trasmettere al Centro di consulenza indipendente le informazioni mediche necessarie che permettano al Centro di consulenza indipendente di fornire una prestazione di consulenza adeguata al fine di ottimizzare il trattamento medico. Allo stesso scopo, l'assicurato autorizza il Centro di consulenza indipendente a elaborare i dati trasmessi e in particolare a trasferirli allo specialista che egli avrà scelto. L'elaborazione dei dati dell'assicurato da parte del Centro di consulenza indipendente è effettuata inoltre in base al

consenso esplicito dell'assicurato richiestogli preliminarmente dal Centro di consulenza indipendente.

16.2.3. L'assicurato autorizza il Centro di telemedicina a trasmettere ad Assura la lista di tutte le consultazioni da esso effettuate e, se del caso, le deleghe emesse, per consentire ad Assura di effettuare il controllo degli obblighi dell'assicurato e della fatturazione.

16.2.4 L'assicurato autorizza il Centro di consulenza indipendente a trasmettere ad Assura la raccomandazione che indichi lo specialista scelto, per consentire ad Assura di effettuare il controllo degli obblighi dell'assicurato e della fatturazione. A fini statistici il Centro di consulenza indipendente redige e consegna periodicamente ad Assura un rapporto anonimizzato sulla propria attività, per consentire ad Assura di valutare l'adeguatezza del modello QualiMed.

16.2.5 La trasmissione dei dati come prevista nelle presenti condizioni tra Assura, il Centro di telemedicina, il Centro di consulenza indipendente e gli altri fornitori di prestazioni coinvolti può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

16.3 Registrazione dei colloqui

I colloqui di consulenza e le consultazioni mediche a distanza sono registrati ed archiviati dai nostri partner. In caso di litigio, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. Tuttavia, in assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

16.4 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati che le sono necessari, in particolare per il calcolo e la riscossione dei premi, per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, per la gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, per la rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e per l'elaborazione di statistiche.

Articolo 17 - Responsabilità

Assura non assume alcuna responsabilità medica.

TITOLO 3 - ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2027.

Assura-Basis SA

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello Rete delle cure

Edizione 01.2025

TITOLO PRIMO – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello Rete delle cure è una forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con limite della scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994 e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello Rete delle cure è disciplinato dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, dalle loro ordinanze d'applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali d'assicurazione.

I principi particolari che regolano il funzionamento di questo modello, l'adesione e l'uscita degli assicurati sono regolati dagli articoli 41 cpv. 4 e 62 cpv. 1 e 3 della LAMal, nonché dagli articoli 99 a 101 dell'OAMal. Per il resto, fanno stato i principi generali della LAMal e delle sue ordinanze di applicazione.

Sottoscrivendo il modello Rete delle cure, l'assicurato accetta di conformarsi alle condizioni particolari descritte al capitolo 3. In controparte, beneficerà di un ribasso sui suoi premi d'assicurazione.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA E ORDINARIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli 24 a 31, tenendo conto delle condizioni di cui agli articoli 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) del costo dei trattamenti.

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate

dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia.

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è dovuta in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino ad otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni di una famiglia assicurati presso Assura Basis SA (qui di seguito «Assura»), pagano tutti assieme al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria d'assicurazione nel corso dell'anno, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate durante lo stesso anno presso un altro assicuratore. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, la deduzione sarà effettuata qualora l'assicurato presenti la prova corrispondente.

4.3 Le date delle cure sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere effettuate o prescritte dai fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre l'importo dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre la possibilità ai suoi assicurati d'optare per delle franchigie più elevate, secondo le disposizioni che seguono.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenni può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e disdetta, cambio della franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare ad una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio ad una franchigia più bassa o ad un'altra forma d'assicurazione, così come il cambiamento d'assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO RETE DELLE CURE

Articolo 10 – Scelta del medico di primo ricorso

10.1 L'assicurato s'impegna a scegliere un medico di primo ricorso (Medico Scelto) tra i medici che hanno aderito alla rete che partecipa al modello Rete delle cure e che figura sulla lista dei medici applicabile a questo modello (la Lista dei Medici). Appena avrà fatto la sua scelta, dovrà comunicare le generalità del medico ad Assura. Se l'assicurato consulta un medico che figura sulla Lista dei Medici senza averlo espressamente scelto in anticipo, il medico consultato sarà registrato come Medico Scelto.

10.2 La Lista dei Medici è pubblicata ed è accessibile nel sito internet di Assura. È determinante la Lista dei Medici valida al momento delle cure. Può essere aggiornata unilateralmente in qualsiasi momento da Assura secondo l'evoluzione della cerchia dei medici che hanno aderito alla rete e che partecipano al modello Rete delle cure.

10.3 Nel caso in cui il Medico Scelto non faccia più parte della Lista dei medici, l'assicurato, entro un termine di 30 giorni dal ricevimento della notifica di Assura, deve selezionare un nuovo medico che figura nella Lista dei medici. Se entro il termine summenzionato il nuovo Medico Scelto non è stato comunicato ad Assura, l'assicurato passa automaticamente nel modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia.

10.4 Il cambiamento del Medico Scelto deve essere comunicato ad Assura da parte dell'assicurato prima di qualsiasi consulto presso un nuovo Medico Scelto. In caso di cambiamento del Medico Scelto, l'assicurato autorizza la trasmissione del proprio

dossier medico al nuovo Medico Scelto, liberando così il precedente Medico Scelto dal vincolo del segreto professionale.

Articolo 11 – Obblighi dell'assicurato

11.1 L'assicurato s'impegna a consultare sempre in primo luogo il Medico Scelto. Il Medico Scelto è l'interlocutore di riferimento dell'assicurato. In caso di temporanea indisponibilità del Medico Scelto, la Rete delle cure può proporre all'assicurato di rivolgersi a un Centro di telemedicina, i cui dati di contatto sono disponibili sul sito internet www.reseau-delta.ch. In qualsiasi caso, il Medico Scelto coordina tutte le questioni mediche e segue l'evoluzione dell'assicurato in tutti gli approcci terapeutici.

11.2 Il Medico Scelto decide se può continuare lui stesso la cura o se deve ricorrere ad uno specialista. In questo caso, l'assicurato si impegna ad ottenere dal Medico Scelto un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato, prima di consultare uno specialista. L'avviso di delega dovrà essere trasmesso ad Assura il prima possibile. L'assicurato s'impegna espressamente a seguire il trattamento che gli è stato prescritto.

11.3 Quando il Medico Scelto indirizza l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni (istituto di radiologia, fisioterapista, ecc.) l'assicurato è tenuto a proseguire il trattamento presso il fornitore di prestazioni designato dal Medico Scelto.

11.4 L'assicurato s'impegna ad acquistare i farmaci e/o ogni altra preparazione farmaceutica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie unicamente presso le farmacie che figurano nella lista delle farmacie autorizzate (la Lista delle Farmacie). Solo queste farmacie possono coordinare tutte le questioni relative ai trattamenti farmaceutici prescritti all'assicurato.

11.5 La Lista delle Farmacie è pubblicata ed è accessibile nel sito Internet di Assura. Tale Lista può essere modificata in qualsiasi momento e unilateralmente da Assura. L'assicurato è informato in merito alle eventuali modifiche della Lista delle Farmacie per iscritto, ad esempio tramite la rivista dedicata agli assicurati. È determinante la Lista delle Farmacie valida al momento del trattamento.

11.6 Rimangono riservate le disposizioni per i casi d'urgenza e le eccezioni che figurano all'art. 13.

Articolo 12 – Sanzioni

12.1 In caso di inosservanza degli obblighi derivanti dagli articoli 11.2 e 11.4, Assura invia un richiamo all'assicurato. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

12.2 In caso di violazione degli altri obblighi derivanti dall'articolo 11, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 13 – Eccezioni

13.1 In caso di urgenza accertata, l'assicurato può rivolgersi ad un altro fornitore di cure ma non al Medico Scelto, rispettivamente ad una farmacia non riconosciuta. Inoltre, in caso di soggiorno all'estero, è possibile rivolgersi ad una farmacia non riconosciuta.

13.2 Se l'assicurato ha consultato un fornitore di cure mediche diverso dal Medico Scelto o si è rivolto ad una farmacia non riconosciuta in virtù del capoverso precedente, è obbligato ad

informare al più presto il Medico Scelto e a continuare il trattamento presso di lui, salvo suo parere contrario.

13.3 Le consultazioni ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i bambini o di ginecologia non sono soggette agli obblighi dell'articolo 11.

Articolo 14 – Entrata nel modello Rete delle cure

14.1 Il modello Rete delle cure può essere scelto per tutte le persone che sono domiciliate in un cantone in cui Assura pratica questo modello.

14.2 Un assicurato domiciliato nei cantoni in cui Assura pratica il modello Rete delle cure, che beneficia dell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie e della franchigia ordinaria di CHF 300 per gli adulti e/o giovani adulti e di CHF 0 per i minorenni, può aderire in ogni momento al modello Rete delle cure.

Articolo 15 – Uscita dal modello Rete delle cure

15.1 Su riserva delle cifre qui di seguito, l'uscita dal modello Rete delle cure è possibile solo per la fine di un anno civile, con un termine di preavviso di tre mesi, ed implica il passaggio simultaneo dell'assicurato ad un'altra forma d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso Assura. Questa rinuncia non vale come decisione di disdetta da Assura, l'articolo 7 capoversi 3 e 4 LAMal rimane riservato. Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

15.2 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in un cantone dove il modello Rete delle cure non è proposto da Assura, egli passa automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con una franchigia identica.

15.3 Se in un cantone, sono disdetta tutti i contratti conclusi fra Assura e la o le società di gestione della rete dei medici che partecipano al modello Rete delle cure, il modello Rete delle cure cessa di esistere nel cantone in questione. In questo caso, gli assicurati di questo modello aventi il loro domicilio nel cantone in questione passano automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con una franchigia identica.

15.4 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia, con effetto retroattivo al 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

15.5 Se una farmacia è stralciata dalla lista delle farmacie riconosciute e di conseguenza l'assicurato non ha più a disposizione alcuna farmacia riconosciuta nella sua regione, può chiedere di passare ad un altro modello di assicurazione di base proposto da Assura mantenendo la stessa franchigia.

Articolo 16 – Trattamento dei dati

16.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Medico Scelto della Rete delle cure i dati necessari

all'identificazione dell'assicurato e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione dei dati sanitari. La trasmissione di tali dati può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

16.2 Scambio di dati

16.2.1 Sottoscrivendo il modello Rete delle cure, l'assicurato autorizza gli scambi di dati tra il Centro di telemedicina e Assura, così come tra il Medico Scelto e/o gli altri fornitori di prestazioni della Rete delle cure o altri fornitori coinvolti al di fuori della Rete delle cure e Assura. Deve trattarsi di scambi di dati strettamente necessari per garantire un coordinamento ottimale del modello Rete delle cure e per determinare il diritto alle prestazioni e devono pertanto avvenire nel pieno rispetto delle regole sulla protezione dei dati.

16.2.2 L'assicurato autorizza inoltre il Medico Scelto a scambiare le informazioni mediche necessarie al trattamento con gli altri fornitori di prestazioni della Rete delle cure o al di fuori della Rete delle cure, come il Centro di telemedicina.

16.2.3 La trasmissione dei dati così come prevista alle summenzionate condizioni tra il Centro di telemedicina e Assura e tra il Medico Scelto, Assura e gli altri fornitori di prestazioni coinvolti, può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

16.3 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati che le sono necessari, in particolare per il calcolo e la riscossione dei premi, per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, per la gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, per la rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e per l'elaborazione di statistiche.

Articolo 17 – Responsabilità

La responsabilità per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche incombe esclusivamente ai fornitori di cure mediche che trattano la persona assicurata.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2025.

Assura-Basis SA

Condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare (con copertura sussidiaria degli infortuni)

Edizione 07.2015 modificata 01.2022

Articolo 1 - Contratto d'assicurazione e legge

1.1 I diritti e gli obblighi dello stipulante e dell'assicurato, i quali devono essere domiciliati in Svizzera, sono definiti nella polizza d'assicurazione e nelle condizioni d'assicurazione.
1.2 Salvo disposizioni contrattuali esplicite, si applica la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.

Articolo 2 - Definizioni

In virtù del presente contratto, si deve intendere per :

2.1 stipulante: la persona firmataria della proposta che si assume, in particolare modo, il pagamento dei premi d'assicurazione;
2.2 assicurato: la persona che beneficia della copertura assicurativa, in qualità di stipulante o meno;
2.3 CGA: le Condizioni generali d'assicurazione complementare e, per CSC, le Condizioni speciali d'assicurazione complementare;
2.4 malattia: qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità lavorativa;
2.5 infortunio: qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica o psichica;
2.6 maternità: la gravidanza e il parto, come pure l'aborto e la gravidanza extrauterina o non evolutiva;
2.7 enti ospedalieri: gli ospedali, le cliniche e la maternità;
2.8 franchigia: l'importo fisso iniziale a carico dell'assicurato in caso di sinistro, o per evento, o per anno civile, secondo le CSC;
2.9 aliquota: la percentuale delle prestazioni assicurate da Assura SA che l'assicurato deve pagare;
2.10 partecipazione: la franchigia e l'aliquota cumulate;
2.11 convenzioni: gli accordi di diritto privato relativi alle modalità e ai costi delle prestazioni dei fornitori di prestazioni;
2.12 terapeuti: i medici, i dentisti, i chiropratici, le infermiere, le levatrici, i fisioterapisti, gli ergoterapisti e i logopedisti / ortofonisti;
2.13 tariffa convenzionale SSO-AINF/AM/AI: la tariffa convenzionale stabilita tra la Società svizzera odontoiatri e l'assicurazione contro gli infortuni, l'assicurazione militare e l'assicurazione per l'invalidità;
2.14 sopravvenienza del sinistro: momento in cui una malattia o una maternità è constatata da un fornitore di prestazioni; in caso d'infortunio, data alla quale sopraggiunge l'evento infortunistico;
2.15 affezione: alterazione della salute;
2.16 LAMal: la Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994;
2.17 LCA: la Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908;
2.18 LAINF: la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981.

Articolo 3 - Rischi assicurati

3.1 Secondo la scelta dello stipulante indicata nella proposta, Assura SA copre principalmente la malattia e l'infortunio nei limiti delle CGA e delle CSC.
3.2 L'assicuratore assume inoltre le prestazioni di **maternità nei limiti degli articoli 4 delle categorie Complementa e Complementa Plus, nonché quelle delle categorie Materna Eco, Materna Media, Materna Plus e Natura R3.**

Articolo 4 - Limiti della copertura assicurativa

4.1 Sono esclusi dall'assicurazione:
4.1.1 i) le affezioni oggetto di una riserva;
ii) **le affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione;**
iii) **i postumi d'infortuni verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione;**
4.1.2 le cure non prese in considerazione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Restano riservate le prestazioni specifiche accordate a titolo delle categorie d'assicurazione complementari;
4.1.3 gli interventi di chirurgia plastica e **ricostruttiva, così come i loro postumi;**
4.1.4 le conseguenze del tabagismo, dell'alcolismo e dell'uso di stupefacenti, ivi compresi gli infortuni verificatisi quando l'assicurato si trovava sotto l'influenza di alcolici o di sostanze stupefacenti;
4.1.5 il suicidio e la mutilazione volontaria, come pure il loro tentativo;
4.1.6 **l'interruzione o la conservazione della gravidanza, i metodi di procreazione assistita e le cure contro la sterilità;**
4.1.7 le malattie e gli infortuni causati volontariamente dall'assicurato, risultanti da un atto temerario o delittuoso, da una colpa grave o conseguenti alla partecipazione ad una rissa. Allo stesso modo per **le misure mediche ordinate da un'autorità giudiziaria;**
4.1.8 **gli infortuni verificatisi durante delle gare o i relativi allenamenti;**
4.1.9 le cure d'aria, di riposo, d'ingestione d'acqua e di talassoterapia, le cure **dell'obesità, le correzioni dei difetti della vista,** le degenze a carattere medico-sociale, nonché i soggiorni giustificati da **cure palliative** in fin di vita, attraverso misure dietetiche, di **rieducazione, di riabilitazione o di trattamento del dolore;**
4.1.10 **le malattie mentali o nervose;**
4.1.11 le spese personali in caso d'ospedalizzazione, ossia tutte quelle non direttamente in relazione con gli scopi della guarigione (noleggio di un televisore, per esempio);
4.1.12 **le spese d'acquisto o di noleggio d'apparecchi medici, di articoli ortopedici e di protesi;**
4.1.13 gli eventi di guerra, le sommosse, i movimenti popolari, gli atti di terrorismo o di sabotaggio o eventi simili;
4.1.14 gli infortuni sopraggiunti al momento dell'utilizzo d'aeroplani e durante i salti con il paracadute o con il parapendio, quando l'assicurato viola intenzionalmente le prescrizioni delle autorità competenti e non è in possesso dei permessi e delle patenti ufficiali necessarie;
4.1.15 gli effetti delle radiazioni ionizzanti. Sono tuttavia assicurati i danni alla salute consecutivi a radiazioni prescritte da un medico;
4.1.16 i trapianti d'organi.
4.2 Assura SA rinuncia:
4.2.1 al suo diritto di rescindere il contratto in seguito ad una falsa dichiarazione (reticenza secondo l'art. 6 LCA), per quanto siano decorsi almeno 5 anni dalla conclusione o dalla modifica del contratto;
4.2.2 ad invocare il diritto conferitole dall'articolo 42 LCA di rescindere il contratto in caso di sinistro, salvo abuso o tentativo di abuso da parte dell'assicurato.

Articolo 5 - Portata territoriale

5.1 L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

5.2 L'assicurato che trasferisce il suo domicilio fuori dalla Svizzera, dal Principato del Liechtenstein o dalla fascia di confine, perde di diritto il beneficio dell'assicurazione allo scadere del periodo d'assicurazione in corso. Su richiesta dello stipulante e alle condizioni fissate da Assura SA, l'assicurazione può essere prorogata con o senza sospensione del diritto alle prestazioni.

5.3 Fuori dalla Svizzera, dal Principato del Liechtenstein o dalla zona di confine, i casi sono indennizzati fino al termine della cura medica, tuttavia non oltre 90 giorni.

5.4 Se un assicurato malato o vittima di un infortunio in Svizzera, nel Principato del Liechtenstein o nella fascia di confine si reca all'estero, le prestazioni sono versate solo previo consenso scritto di Assura SA.

Articolo 6 - Intervento di altri assicuratori o di terzi

6.1 In caso di concorso con altri istituti assicurativi, Assura SA accorda le sue prestazioni per le spese solo nella proporzione esistente tra le prestazioni assicurate dall'assicuratore e l'importo totale delle prestazioni garantite da tutti gli assicuratori.

6.2 Qualora delle prestazioni siano dovute in virtù dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal, dell'assicurazione contro gli infortuni ai sensi della LAINF, dell'assicurazione militare (LAM) o dell'assicurazione per l'invalidità (LAI), Assura SA interviene esclusivamente a titolo complementare.

6.3 Assura SA non interviene qualora delle spese mediche, farmaceutiche o ospedaliere siano state pagate da un terzo responsabile o dal suo assicuratore. Se Assura SA è chiamata a rispondere al posto del responsabile, l'assicurato è tenuto a cederle i suoi diritti fino a concorrenza dell'importo pagato.

6.4 In mancanza di una copertura d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal, le prestazioni del presente contratto sono versate nella stessa misura come se una tale copertura esistesse.

6.5 Se al momento della conclusione del contratto di un prodotto d'assicurazione lo stipulante ignora che dispone di un'altra assicurazione che copre lo stesso rischio, può rescinderlo entro quattro settimane dalla scoperta, a condizione che si tratti di un cumulo d'assicurazioni. Sussiste un cumulo di assicurazioni quando lo stesso interesse è assicurato contro lo stesso rischio, per lo stesso tempo, presso più di un assicuratore, di guisa che le somme assicurate insieme riunite eccedano il valore di assicurazione. La rescissione può essere effettuata per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità previste all'articolo 19.2 indicato di seguito.

Articolo 7 - Inizio dell'assicurazione

7.1 L'assicurazione entra in vigore alla data indicata nella polizza.

7.2 Sono riservati i termini d'attesa e di carenza contrattualmente previsti nella polizza.

7.3 Quando un esame medico è necessario, la richiesta d'adattamento della polizza d'assicurazione è considerata come accettata se l'assicuratore non la rifiuta entro quattro settimane dopo che gli è pervenuta.

Articolo 8 - Durata del contratto

Su riserva degli articoli 9 e 10 qui di seguito e fatta eccezione delle categorie Previsia, Pecunia, Assuralex e Assura-Serenity il contratto è concluso per tutta la vita dell'assicurato.

Articolo 9 - Rescissione da parte dello stipulante

9.1 La durata minima del contratto d'assicurazione è di 3 anni, se il contratto è iniziato il 1° gennaio. Può essere rescisso dallo stipulante per il 31 dicembre del 3° anno o di ogni anno successivo con un preavviso di 3 mesi.

9.2 Se il contratto d'assicurazione è iniziato nel corso dell'anno, può essere rescisso dallo stipulante dopo una durata minima di 2 anni per il 31 dicembre dell'anno in corso con un preavviso di 3 mesi. In seguito, può essere rescisso ogni anno per il 31 dicembre con un preavviso di 3 mesi.

9.3 La rescissione deve pervenire ad Assura SA almeno 3 mesi prima del 31 dicembre. Può essere effettuata per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità di cui all'articolo 19.2 indicato di seguito.

9.4 Le scadenze e i preavvisi previsti agli articoli 9.1 a 9.3 di cui sopra non sono applicabili alla rescissione per sinistro (articolo 42 LCA).

Articolo 10 - Modifica della tariffa dei premi

10.1 In caso di modifica della tariffa dei premi, Assura SA è autorizzata a proporre l'adattamento dei premi relativi al prodotto d'assicurazione corrispondente con effetto al 1° gennaio dell'anno civile successivo. I nuovi premi saranno comunicati allo stipulante almeno 25 giorni prima della fine dell'anno civile in corso; costui disporrà allora della facoltà di rescindere il prodotto d'assicurazione corrispondente al più tardi l'ultimo giorno dell'anno civile in corso.

10.2 La rescissione dev'essere effettuata per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità di cui all'articolo 19.2 indicato di seguito.

Articolo 11 - Fine del diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni si estingue al termine del contratto. Sono riservate le disposizioni particolari delle condizioni speciali d'assicurazione complementari, nonché i postumi di un infortunio ai sensi della LAINF.

Articolo 12 - Premio

12.1 Il premio, fissato secondo l'età dell'assicurato alla conclusione del contratto, è pagabile in anticipo alle scadenze convenute nella polizza.

12.2 Il primo premio scade il giorno dell'entrata in vigore del contratto.

12.3 I bambini e gli adolescenti da 0 a 18 anni passano automaticamente alla tariffa superiore quando compiono il 19esimo anno di età. Lo stesso vale per i giovani tra 19 e 25 anni quando compiono il 26esimo anno d'età. A partire da quest'ultima fascia d'età, la tariffa applicabile diventa definitiva.

12.4 Se il premio annuo è inferiore a CHF 100, viene percepito interamente il 1° gennaio di ogni anno. Allo stesso modo per il premio annuo compreso da CHF 100 a CHF 300. In quest'ultimo caso, può tuttavia essere fatturato semestralmente previa richiesta esplicita dell'assicurato.

Articolo 13 - Costituzione in mora e conseguenze

13.1 Se il premio non è stato pagato alla scadenza, lo stipulante è diffidato per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo a sue spese, a provvedervi entro 14 giorni dall'invio della diffida, nella quale vengono richiamate le conseguenze del suo ritardo.

13.2 Se tale diffida rimane senza effetto, gli obblighi di Assura SA sono sospesi a datare dalla scadenza del termine indicato all'articolo precedente.

13.3 Le spese amministrative occasionate dalla procedura di riscossione dei premi arretrati sono messe a carico dell'assicurato a ragione di CHF 30.

13.4 Le spese amministrative occasionate dalla domanda d'esecuzione presso l'ufficio competente sono messe a carico dell'assicurato a ragione di CHF 80, oltre le spese fatturate direttamente dall'ufficio d'esecuzione.

Articolo 14 - Avviso di sinistro

14.1 In caso d'incapacità lavorativa, di degenza, d'intervento chirurgico e di cura balneare, l'assicurato è tenuto ad informarne immediatamente Assura SA, su riserva dei casi urgenti.

14.2 Non è dovuta alcuna prestazione nei casi indicati dall'articolo 14.1 consecutivi a delle malattie o degli infortuni che non siano stati dichiarati entro 3 giorni, a meno che il ritardo non sia imputabile all'errore dell'assicurato.

14.3 Nessun accordo telefonico può essere addotto come pretesto per far valere un qualsiasi diritto alle prestazioni.

Articolo 15 - Altri obblighi dell'assicurato

15.1 Nella misura in cui il suo stato di salute lo necessita, l'assicurato s'impegna a consultare un terapeuta autorizzato a praticare.

15.2 L'assicurato deve comunicare ad Assura SA tutti gli elementi necessari alla liquidazione del sinistro. A questo scopo libera, se necessario, i fornitori di prestazioni dal segreto professionale.

15.3 Un cambiamento di terapeuta nel corso di una cura deve essere sottoposto all'approvazione di Assura SA.

15.4 A sue spese, Assura SA ha la facoltà di far esaminare l'assicurato dal suo medico di fiducia o da un terapeuta di sua scelta.

15.5 Qualora il sinistro dipenda pure dagli obblighi di un altro assicuratore o d'un terzo, l'assicurato deve fornire ad Assura SA tutte le informazioni rilasciate dall'altro assicuratore o dal terzo.

15.6 Se l'assicurato viola i propri obblighi, Assura SA ha il diritto di ridurre o, in gravi casi, di rifiutare le proprie prestazioni. Tuttavia, non sarà disposta alcuna sanzione nei seguenti casi:

- i) risulti dalle circostanze che la violazione non è imputabile allo stipulante o all'assicurato;
- ii) lo stipulante dimostri che la violazione non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi del sinistro e sull'estensione delle prestazioni dovute da Assura SA.

Articolo 16 - Pagamento delle prestazioni

16.1 Le prestazioni assicurate sono pagabili dopo il ricevimento da parte di Assura SA di tutte le informazioni e dei documenti atti a convincerla della fondatezza e dell'importanza delle pretese.

16.2 In tutti i casi, il conteggio delle prestazioni potrà essere stabilito da Assura SA solo sulla base delle fatture originali dettagliate indicanti la data delle cure, le diagnosi, le prestazioni mediche fornite, l'importo corrispondente a ogni prestazione, nonché i nomi, gli indirizzi e i numeri telefonici dei fornitori di prestazioni all'estero. A scapito delle precitate comunicazioni fornite entro un termine ragionevole fissato da Assura SA, quest'ultima è abilitata a rifiutare all'assicurato le sue prestazioni. Se necessario, Assura SA può esigere una traduzione in una delle lingue nazionali, o in inglese, dei documenti redatti in un'altra lingua.

16.3 Le prestazioni sono versate in linea di massima allo stipulante o all'assicurato al loro domicilio in Svizzera. Tuttavia, se dopo esame del caso, Assura SA constata che un sinistro è coperto dall'assicurazione, essa s'impegna a rilasciare - su richiesta - un certificato di garanzia per le spese ospedaliere, il che evita all'assicurato un anticipo in contanti. In questo caso, l'assicuratore adempirà ai suoi obblighi in mano al creditore.

16.4 La franchigia e l'aliquota sono direttamente dedotte dagli importi dovuti.

Articolo 17 - Compensazione

Assura SA ha il diritto di compensare le sue prestazioni scadute con gli importi dovuti dallo stipulante. Quest'ultimo non può tuttavia far valere la compensazione tra i premi rimasti non pagati e le prestazioni dovute da Assura SA.

Articolo 18 - Cessione e costituzione in pegno

I diritti alle prestazioni assicurate non possono essere ceduti o costituiti in pegno senza il consenso espresso di Assura SA

Articolo 19 - Comunicazioni

19.1 Tutte le comunicazioni ad Assura SA devono essere indirizzate alla direzione della società a Pully.

19.2 Lo stipulante può inviare la rescissione dal contratto per posta alla direzione di Assura SA a Pully oppure per e-mail o per SMS all'indirizzo mail/numero indicati sul sito internet di Assura SA, www.assura.ch.

19.3 Le comunicazioni di Assura SA allo stipulante e all'assicurato sono valide se indirizzate all'ultimo recapito conosciuto dalla società.

Articolo 20 - Controversie

In caso di procedura giudiziaria, Assura SA riconosce quale foro la sua sede sociale, come il domicilio svizzero dello stipulante o dell'avente diritto.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare (con copertura sussidiaria degli infortuni)

Complementa Extra

Assicurazione complementare estesa

Edizione 07.2015

Articolo 1 - Cura medica

1.1 A complemento alle prestazioni versate dalla LAMal, LAINF, LAI o LAM, Assura SA garantisce, in caso di malattia e d'infortunio, la copertura integrale delle spese conseguenti ad un'ospedalizzazione in divisione generale o ad una cura semiospedaliera o ambulatoriale nell'insieme degli ospedali pubblici della Svizzera.

1.2 L'assicurato deve farsi curare in un ente ospedaliero corrispondente al tipo di cure di cui necessita. In caso contrario, le prestazioni sono calcolate conformemente alle tariffe dell'ospedale pubblico adeguato più vicino al suo luogo di soggiorno.

1.3 Le cure prodigate in ambito ospedaliero sono accordate senza limite di durata.

1.4 Quando un assicurato, ospedalizzato in divisione generale di un ospedale pubblico, può scegliere il proprio medico e da tale scelta ne deriva convenzionalmente una fatturazione supplementare relativa ad onorari medici, Assura SA assume tale maggiorazione.

1.5 A complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura SA assume ugualmente la differenza di tariffa quando l'assicurato segue una cura ambulatoriale fuori dal proprio cantone di domicilio.

Articolo 2 - Il rimborso dei medicinali fuori lista

Assura SA assume i costi dei farmaci vitali, prescritti da un medico, a condizione che non ne esista uno equivalente nell'Elenco delle specialità (ES) e che non siano presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Tale presa a carico è concessa a condizione che il farmaco sia registrato presso Swissmedic. Il totale lordo delle prestazioni assicurate ammonta a CHF 50'000 al massimo per la durata del contratto.

Articolo 3 - Aiuto domestico

Durante l'ospedalizzazione di una persona assicurata e fino al 15° giorno che segue l'ospedalizzazione, le spese per il governo della casa da parte di un servizio d'assistenza sono assunte fino a concorrenza di CHF 50 al giorno, al massimo durante 30 giorni per anno civile.

Articolo 4 - Spese d'accompagnamento

Durante l'ospedalizzazione di un assicurato minorenni, Assura SA assume le spese d'alloggio della persona accompagnante fatturate dall'ente ospedaliero, a concorrenza di CHF 70 al giorno, al massimo durante 10 giorni per anno civile.

Articolo 5 - Custodia di bambini

Durante l'ospedalizzazione di un assicurato adulto, la custodia di bambini fornita da un organismo ufficiale è assunta fino a concorrenza di CHF 70 al giorno, al massimo durante 21 giorni per anno civile, a condizione che il bambino abbia al massimo 15 anni e viva con l'assicurato.

Articolo 6 - Assistenza scolastica

Quando l'assicurato minorenne, malato o infortunato, non è in grado di seguire il programma scolastico durante un mese, Assura SA assume le spese certificate per lezioni di recupero scolastico fornite da una persona qualificata. Il contributo di Assura SA ammonta a CHF 50 al giorno, al massimo a CHF 3'000 per anno civile.

Articolo 7 - Spese di sorveglianza speciale

Assura SA assume le spese di sorveglianza speciale in caso d'ospedalizzazione fino a concorrenza di una fatturazione di CHF 1'000 per anno civile.

Articolo 8 - Cure a domicilio

8.1 A condizione esplicita che una tale misura permetta di evitare un'ospedalizzazione che altrimenti si sarebbe resa medicalmente indispensabile, Assura SA accorda un importo massimo di CHF 200 al giorno, durante 21 giorni al massimo, quando l'assicurato, previa prescrizione medica, riceve delle cure prestate da un servizio d'assistenza medica riconosciuto dall'assicuratore.

8.2 Le prestazioni previste all'articolo 8.1 di cui sopra, sono versate a complemento delle prestazioni riconosciute a titolo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Articolo 9 - Gli psicoterapeuti non medici e gli psicologi indipendenti

Sulla base della tariffa applicabile e fino a concorrenza del 100% di una fatturazione lorda di CHF 1'500 per anno civile, Assura SA prende a carico, in deroga alla cifra 4.1.10 CGA, le spese conseguenti a dei trattamenti medici medicalmente prescritti e prodigati da psicoterapeuti non medici e da psicologi indipendenti che figurano sulla lista stilata dall'organizzazione mantello degli assicuratori malattia svizzeri. La tariffa di riferimento è quella applicata nel cantone di domicilio dell'assicurato per la psicoterapia delegata.

Articolo 10 - Cure dentarie

10.1 Quando derivano da un danno ai denti sopraggiunto posteriormente all'entrata in vigore contrattuale della presente copertura d'assicurazione, le cure dispensate da un medico-dentista autorizzato a praticare in Svizzera o in zona di confine sono indennizzate, dopo deduzione di una franchigia annua di CHF 500, fino a concorrenza di una fatturazione annua di CHF 1'500.

10.2 Per il calcolo delle prestazioni è determinante la tariffa convenzionale «SSO-AINF/AM/Al».

10.3 È esclusa dalla presente categoria d'assicurazione qualsiasi misura diretta a rimediare ad uno stato deficiente della dentatura preesistente al momento dell'entrata in vigore contrattuale della copertura.

10.4 Le cure di ortodonzia sono escluse dalla presente copertura.

Articolo 11 - Lenti per occhiali o lenti a contatto

11.1 Dopo deduzione delle prestazioni riconosciute a titolo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura SA assume le spese per l'acquisto di lenti per occhiali o lenti a contatto medicalmente necessarie a concorrenza di CHF 100 per anno civile.

11.2 In caso di assenza di prestazioni versate a titolo dell'articolo 11.1 di cui sopra, l'importo massimo annuo definito all'articolo 11.1 è cumulabile anno dopo anno, fino a concorrenza di una somma totale massima di CHF 500.

Articolo 12 - Chirurgia correttiva della vista

12.1 Quando l'assicurato presenta un difetto della vista, Assura SA partecipa ai costi dell'operazione di chirurgia correttiva a concorrenza di CHF 100 al massimo per anno civile.

12.2 In caso di assenza di prestazioni versate a titolo dell'articolo 12.1 di cui sopra, l'importo massimo annuo definito all'articolo 12.1 è cumulabile anno dopo anno, fino a concorrenza di una somma massima di CHF 500.

Articolo 13 - Mezzi ausiliari

In deroga all'articolo 4.1.12 delle Condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare (CGA) e dopo deduzione delle prestazioni riconosciute a titolo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura SA assume, fino a concorrenza di una fatturazione lorda di CHF 500 per anno civile, le spese d'acquisto o di locazione d'apparecchi medici e di articoli ortopedici prescritti dal medico curante.

Articolo 14 - Spese di trasporto

14.1 In Svizzera, Assura SA assume le spese di un trasporto medicalmente necessario e adattato alla situazione medica, purché lo stato di salute dell'assicurato non permetta l'utilizzo di un normale mezzo di trasporto pubblico o privato.

14.2 Le prestazioni previste all'articolo 14.1 di cui sopra sono versate a complemento delle prestazioni riconosciute a titolo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Articolo 15 - Ricerca e salvataggio

15.1 In Svizzera, Assura SA assume le spese impiegate per la ricerca e il salvataggio dell'assicurato, scomparso in una situazione di pericolo imminente, fino a concorrenza di una fatturazione lorda di CHF 20'000.

15.2 Le prestazioni previste all'articolo 15.1 di cui sopra sono versate a complemento delle prestazioni riconosciute a titolo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Articolo 16 - Cure balneari

16.1 Previa prescrizione medica e a condizione che la cura si svolga nell'ambito del trattamento di un'affezione in corso, Assura SA contribuisce alle spese di cura e di bagni di una cura balneare effettuata in Svizzera, a concorrenza di una fatturazione lorda di CHF 1'000 per anno civile.

16.2 All'estero e nella misura in cui una tale affezione non possa essere trattata medicalmente in Svizzera, questo contributo è di CHF 500 al massimo per anno civile.

Articolo 17 - Cure di convalescenza

Previa richiesta, Assura SA contribuisce alle spese di una cura di convalescenza prescritta da un medico in seguito ad un soggiorno ospedaliero in divisione per cure acute seguita in un istituto posto sotto controllo medico e riconosciuto da Assura SA. Il contributo giornaliero è di CHF 40 durante al massimo 21 giorni per anno civile.

Articolo 18 - Liberazione dei premi in caso di disoccupazione

18.1 Condizioni per la concessione delle prestazioni

Per beneficiare della liberazione del premio, l'assicurato deve, alla data della firma della proposta assicurativa:

- esercitare, a titolo principale, un'attività professionale salariata, non stagionale e non temporanea;
- essere titolare da almeno dodici mesi di un contratto di lavoro di durata indeterminata nella stessa ditta, la quale, a conoscenza dell'assicurato, non deve essere oggetto di un'apertura o di una liquidazione fallimentare, né di una procedura o di una moratoria concordataria;
- non essere oggetto, a sua conoscenza, di una procedura di licenziamento a titolo individuale o collettivo.

Le garanzie prendono effetto, per ogni assicurato, a partire da 120 giorni dopo la data d'entrata in vigore della presente categoria (termine d'attesa di 120 giorni).

18.2 Prestazioni

A seguito di un licenziamento e dopo un periodo di 90 giorni consecutivi d'interruzione totale e continua dell'attività lavorativa successivo alla fine del termine di congedo, Assura SA versa, senza effetto retroattivo, la totalità dei premi di tutte le categorie LCA che figurano sulla proposta al momento della conclusione della presente categoria assicurativa e che scadono a partire dal 91° giorno (termine d'attesa di 90 giorni).

18.3 Altri membri della famiglia

A condizione che il beneficiario della presente categoria assicurativa sia il sostegno della famiglia (reddito principale della famiglia), sono liberati ugualmente i premi di tutte le categorie LCA che figurano sulla proposta assicurativa con la quale gli altri membri della famiglia, viventi in comunità domestica con il sostegno della famiglia (coniuge e figli, compresi i figli maggiorenni di al massimo 25 anni d'età e che sono agli studi o in formazione), sottoscrivono la presente categoria assicurativa. Se la famiglia beneficia di un reddito supplementare garantito dall'attività del coniuge o dei figli precitati, la garanzia è ridotta proporzionalmente.

18.4 Pezze giustificative

Per far valere un diritto alla prestazione assicurata, l'assicurato deve trasmettere ad Assura SA i seguenti documenti:

- la lettera di licenziamento rilasciata dal datore di lavoro al salariato;
- la copia del contratto di lavoro;
- la notifica dell'iscrizione e della presa a carico da parte dell'Assicurazione contro la disoccupazione;
- i conteggi delle indennità versate dall'Assicurazione contro la disoccupazione durante il periodo considerato.

Se, per colpa sua, l'assicurato ha ommesso d'annunciare ad Assura SA la perdita d'impiego a seguito di un licenziamento entro i termini previsti, Assura SA può rifiutare di versare ogni indennità per il lasso di tempo trascorso sino a ricezione della domanda.

18.5 Restrizioni

Sono esclusi dalla liberazione del premio:

- i licenziamenti per gravi motivi ai sensi dell'articolo 337 del Codice delle obbligazioni, dimissioni, disdette del contratto di lavoro durante il periodo di prova, partenze o pensionamento anticipato o prepensionamento, disoccupazione parziale o tecnica;
- i contratti di lavoro di durata determinata, come pure i contratti conclusi per la durata di un cantiere;
- le indennità parziali dell'Assicurazione contro la disoccupazione in caso di colpa dell'assicurato;
- le persone non domiciliate sul territorio svizzero.

18.6 Limitazione delle garanzie

La presa a carico per sinistro non può superare una durata massima di 12 mesi, e il termine d'attesa di 90 giorni è applicabile ad ogni sinistro. In caso di diversi sinistri, la durata totale indennizzata non può superare 24 mesi.

18.7 Cessazione della liberazione dei premi

La copertura cessa:

- dal momento in cui l'assicurato riprende un'attività remunerata, indipendentemente dalla natura e dall'importanza della remunerazione.
- dal momento in cui l'assicurato è in incapacità lavorativa in seguito a malattia od infortunio e che a tale titolo le indennità di disoccupazione sono sospese.

Articolo 19 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto previsto all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti, così come le **malattie psichiche, conformemente all'articolo 9 succitato**. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Anche la **maternità** (ai sensi dell'art. 2.6 CGA e secondo i casi dell'art. 4.1.6 CGA) non è coperta.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare

Assura Denta Sana

Edizione 03.2024

Assicurazione complementare per le cure dentarie e di profilassi

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

1.1 Misure terapeutiche

1.1.1 Assura SA rimborsa le misure terapeutiche necessarie e adeguate, fornite da medici dentisti diplomati e autorizzati ad esercitare in Svizzera o in un Paese confinante con la Svizzera (di seguito «Medici dentisti»), entro i limiti e alle condizioni di cui ai punti 1.1.2 e 1.4.

1.1.2 Le misure terapeutiche sono assunte conformemente al tariffario SSO AINF/AM/AI, tenendo conto di un valore del punto di CHF 3.10, o DENTOTAR, tenendo conto di un valore del punto di CHF 1.00. Si precisa che le misure terapeutiche fornite da Medici dentisti stabiliti in un Paese confinante con la Svizzera sono rimborsate al massimo fino all'importo che sarebbero costate in Svizzera.

1.2 Prestazioni odontotecniche

1.2.1 Oltre agli onorari dei Medici dentisti, le prestazioni odontotecniche necessarie per il trattamento e relative a una patologia o a un danno dentale sono rimborsate entro i limiti e alle condizioni di cui al punto 1.4.

1.2.2 Le prestazioni odontotecniche fornite in un Paese confinante con la Svizzera sono rimborsate al massimo fino all'importo che sarebbero costate in Svizzera.

1.3 Profilassi dentale

Assura SA partecipa fino a un importo massimo di CHF 80 per anno civile alle spese di profilassi, come visite di controllo, detartrasi o radiografie (bitewing) per la diagnosi della carie. Questo importo è esente dalla partecipazione ai costi e non è incluso nel limite fissato al punto 1.4.

1.4 Importo massimo e partecipazione ai costi

Il prodotto d'assicurazione Assura Denta Sana (di seguito «Denta Sana») copre il 75% delle spese di cui ai punti 1.1 e 1.2 per un importo annuo lordo massimo di CHF 8'000, che corrisponde a un importo annuo netto massimo di CHF 6'000 a favore dell'assicurato.

1.5 Ortodonzia

I trattamenti di ortodonzia (ortopedia dento-facciale) non sono coperti e non danno diritto ad alcun rimborso.

Articolo 2 - Diritto alle prestazioni

2.1 Per far valere il proprio diritto alle prestazioni, l'assicurato deve fornire ad Assura SA una nota d'onorario dettagliata redatta da un Medico dentista, un igienista dentale che eserciti in Svizzera o in un Paese confinante con la Svizzera, o un laboratorio odontotecnico sito in Svizzera o in un Paese confinante con la Svizzera.

2.2 Se l'assicurato ha una copertura assicurativa della gamma Complementa (ad es. Complementa Extra, Complementa Plus, Complementa Maxi, ecc.) con Assura SA, le prestazioni accordate nell'ambito del presente prodotto d'assicurazione sono versate in via prioritaria.

Articolo 3 - Periodo di attesa

Il diritto alle prestazioni inizia dopo un periodo di attesa di 6 mesi a decorrere dall'entrata in vigore del contratto. La data di inizio del trattamento è determinante per stabilire il diritto alle prestazioni. In particolare, sono esclusi da questa copertura le misure e i trattamenti dentari iniziati durante il periodo di attesa e che proseguono oltre la fine di tale periodo. Per le prestazioni di profilassi di cui all'articolo 1.3 non si applica alcun periodo di attesa.

Articolo 4 - Condizioni di sottoscrizione

4.1 Denta Sana può essere sottoscritto solo su presentazione di un questionario dentario debitamente compilato dal Medico dentista curante, che specifichi lo stato della dentatura del proponente. Oltre al questionario dentario, è necessario presentare ad Assura SA le radiografie bitewing.

4.2 In caso di sottoscrizione del presente prodotto assicurativo, Assura SA rimborsa all'assicurato un importo massimo di CHF 100 come partecipazione alla nota d'onorario del Medico dentista curante che ha compilato il questionario dentario ed eseguito le radiografie.

4.3 In deroga all'articolo 5 CGA LCA, l'assicurato che trasferisce il proprio domicilio al di fuori della Svizzera, incluso il Liechtenstein o in una zona di confine, perde automaticamente la copertura assicurativa al termine del periodo assicurativo in corso.

Articolo 5 - Premio assicurativo

5.1 In deroga all'articolo 12 CGA LCA, il premio assicurativo aumenta di regola in base all'età effettiva dell'assicurato.

5.2 Il premio viene adeguato il 1° gennaio dell'anno in cui l'assicurato compie 6, 11, 16, 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86, 91 e 96 anni.

Articolo 6 - Limitazione della copertura

In aggiunta all'articolo 4 CGA LCA, la copertura assicurativa è esclusa pure per:

6.1 le misure e i trattamenti volti a porre rimedio a una lesione dentale esistente prima dell'inizio della presente copertura,

6.2 i trattamenti e gli interventi odontotecnici eseguiti per motivi estetici,

6.3 l'eliminazione e la sostituzione di otturazioni all'amalgama motivate da un'allergia presunta o reale,

6.4 il deterioramento colposo, ossia non derivante dalla normale usura, e/o la perdita di protesi,

6.5 il costo dei paradenti per lo sport,

6.6 i costi di un'anestesia generale, ad eccezione delle anestesie praticate ai bambini di età inferiore ai 6 anni.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare

Assura Denta Ortho

Edizione 04.2025

Assicurazione complementare per i trattamenti di ortodonzia (ortopedia dento-facciale)

Articolo 1 - Campo delle prestazioni

1.1 Trattamenti di ortodonzia

1.1.1 L'ortodonzia (ortopedia dento-facciale) è la branca dell'odontoiatria che si occupa della correzione di disallineamenti mandibolari e dentali con l'obiettivo di raggiungere una situazione armonica e migliorare il funzionamento dell'apparato masticatorio.

1.1.2 Assura SA rimborsa i trattamenti ortodontici adeguati forniti da medici dentisti e odontoiatri specializzati in ortodonzia, diplomati e autorizzati a esercitare in Svizzera o in un Paese confinante con la Svizzera (di seguito: «Medici dentisti» o «Medico dentista»), entro i limiti e alle condizioni di cui agli articoli 1.1.3 e 1.3 di cui sotto.

1.1.3 I costi di trattamenti ortodontici sono assunti in base a un valore del punto pari a CHF 3.10 secondo il tariffario SSO AINF/AM/AI o in base a un valore del punto di CHF 1.00 secondo DENTOTAR. Si precisa che i trattamenti ortodontici forniti da Medici dentisti stabiliti in un Paese confinante con la Svizzera sono rimborsati al massimo fino all'importo che sarebbe stato rimborsato in Svizzera.

1.2 Spese di laboratorio e prestazioni odontotecniche

1.2.1 Oltre agli onorari dei Medici dentisti, le spese di laboratorio e per prestazioni odontotecniche necessarie per il trattamento ortodontico sono rimborsate entro i limiti e alle condizioni di cui agli articoli 1.2.2 e 1.3 di cui sotto.

1.2.2 Le spese di laboratorio e per prestazioni odontotecniche fornite in un Paese confinante con la Svizzera sono rimborsate al massimo fino all'importo che sarebbe stato rimborsato in Svizzera.

1.3 Importo massimo e partecipazione ai costi

1.3.1 Assura Denta Ortho (di seguito «Denta Ortho») copre il 75% delle spese di trattamento di cui al precedente articolo 1.1 e delle spese di laboratorio e per prestazioni odontotecniche di cui al precedente articolo 1.2, entro i limiti indicati al successivo articolo 1.3.2.

1.3.2 L'assicurato può scegliere tra diverse somme assicurate (ossia l'importo massimo annuo versato all'assicurato previa deduzione della partecipazione a suo carico pari al 25%). La somma assicurata applicabile è quella riportata nella polizza assicurativa.

1.3.3 L'assicurato può modificare la somma assicurata scelta (upgrade o downgrade) durante il periodo contrattuale.

1.3.4 Una richiesta di aumento della copertura (upgrade) è possibile in qualsiasi momento su presentazione di un questionario dentario debitamente compilato dal Medico dentista curante, che specifichi lo stato della dentatura dell'assicurato, e delle radiografie (bitewing). L'aumento della copertura è subordinato all'accettazione esplicita da parte di Assura SA. In caso di accettazione viene stipulato un nuovo contratto con adeguamento della fascia d'età e del premio e con l'entrata in vigore di un nuovo periodo di attesa ai sensi dell'articolo 4 di cui sotto.

1.3.5 Una richiesta di riduzione della copertura (downgrade) è possibile unicamente con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo, senza che debba essere compilato un questionario dentario o fornita alcuna radiografia. In tal caso viene stipulato un nuovo contratto con adeguamento della fascia d'età e del premio, senza che sia applicato il periodo di attesa di cui al successivo articolo 4.

Articolo 2 - Disposizioni applicabili

Le Condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare (CGA LCA) e, in via sussidiaria, le disposizioni di legge in vigore, in particolare la Legge sul contratto di assicurazione (LCA), si applicano a titolo suppletivo a tutte le questioni non espressamente disciplinate nelle presenti CSC. In caso di contraddizione tra le CGA e le CSC prevalgono le presenti CSC.

Articolo 3 - Diritto alle prestazioni

Per far valere il proprio diritto alle prestazioni, l'assicurato deve fornire ad Assura SA una nota d'onorario dettagliata redatta da un Medico dentista che eserciti in Svizzera o in un Paese confinante con la Svizzera o da un laboratorio odontotecnico sito in Svizzera o in un Paese confinante con la Svizzera.

Articolo 4 - Periodo di attesa

Il diritto alle prestazioni inizia dopo un periodo di attesa di 12 mesi a decorrere dall'entrata in vigore del contratto. A determinare il diritto alle prestazioni è la data di inizio del trattamento. In particolare, sono esclusi da questa copertura i trattamenti ortodontici iniziati durante il periodo di attesa e che proseguono oltre la fine di tale periodo.

Articolo 5 - Condizioni di sottoscrizione

5.1 Denta Ortho può essere sottoscritto solo su presentazione di un questionario dentario debitamente compilato dal Medico dentista curante, che specifichi lo stato della dentatura del proponente. Oltre al questionario dentario, è necessario che il proponente presenti ad Assura SA delle radiografie (bitewing). L'età a partire dalla quale l'assicurato deve fornire un questionario dentario e le radiografie è specificata nella proposta d'assicurazione.

5.2 In caso di conclusione della presente assicurazione o di accettazione di un aumento della copertura (upgrade), Assura SA rimborsa all'assicurato un importo massimo di CHF 100 come partecipazione alla nota d'onorario del Medico dentista curante che ha compilato il questionario dentario ed eseguito le radiografie. In caso di sottoscrizione contemporanea di un altro prodotto dentario Assura, tale importo verrà corrisposto una sola volta.

5.3 In deroga all'articolo 5 CGA LCA, l'assicurato che trasferisce il proprio domicilio al di fuori della Svizzera, incluso il Liechtenstein o in una zona di frontiera, perde automaticamente la copertura assicurativa al termine del periodo assicurativo in corso di validità.

Articolo 6 - Premio assicurativo

6.1 Il premio è fissato in base all'età, al cantone di domicilio e al sesso dell'assicurato al momento della stipulazione del contratto, fatto salvo quanto previsto agli articoli 6.2 e 6.3 di cui sotto.

6.2 I giovani di età compresa tra 0 e 18 anni passano automaticamente alla tariffa di premi superiore il 1° gennaio dell'anno in cui compiono 19 anni. Lo stesso vale per i giovani adulti di età compresa tra 19 e 25 anni, che passano automaticamente alla tariffa di premio superiore il 1° gennaio dell'anno in cui

compiono 26 anni. A partire dai 26 anni si acquisisce pertanto una fascia d'età definitiva.

6.3 Il premio viene adattato in caso di trasferimento di domicilio in una nuova regione di premio. Se l'assicurato omette di avvisare Assura SA o lo fa tardivamente, Assura SA può adattare il premio con effetto retroattivo. In caso di aumento del premio, l'assicurato ha il diritto di disdire il presente prodotto assicurativo al più tardi entro tre mesi a partire dall'avviso del nuovo premio; la disdetta sarà effettiva dal 1° giorno del mese successivo alla sua ricezione.

Articolo 7 - Limitazione della copertura

In aggiunta all'articolo 4 CGA LCA, la copertura assicurativa è esclusa inoltre per:

7.1 l'estrazione di uno o più denti del giudizio

7.2 le misure e i trattamenti volti a porre rimedio a un problema ortodontico esistente prima dell'inizio della presente copertura

7.3 i trattamenti e le prestazioni odontotecniche, comprese le spese di laboratorio, che non rientrano nell'ortodonzia

7.4 la profilassi dentale

7.5 il deterioramento colposo, ossia non derivante dalla normale usura, e/o lo smarrimento di un apparecchio dentario

7.6 il costo dei paradenti per lo sport

7.7 i costi di un'anestesia generale

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare

Hospita

Assicurazione di capitale in caso d'ospedalizzazione

Edizione 07.2015

Articolo 1 - Scopo

Assura SA assume, in caso di malattia e d'infortunio, tutte le conseguenze economiche legate ad un'ospedalizzazione di più di 24 ore, ad esclusione della perdita di guadagno, e ciò nei limiti del capitale sottoscritto.

Articolo 2 - Capitale

2.1 Il capitale assicurato é, a scelta, di CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000, CHF 2'500 o CHF 3'000.

2.2 Quando l'assicurato, a beneficio di una copertura assicurativa complementare per l'ospedalizzazione in divisione privata presso Assura SA, sceglie deliberatamente di soggiornare in divisione comune di un istituto di cura pubblico svizzero o sovvenzionato dai poteri pubblici, viene assegnato un capitale complementare di CHF 500 per un minorenne e di CHF 1'000 per un adulto.

Articolo 3 - Diritto alle prestazioni

3.1 Il capitale é versato in caso d'ospedalizzazione di una durata superiore alle 24 ore in reparto cure acute.

3.2 Il capitale é versato all'assicurato – o agli aventi diritto – su presentazione della fattura dell'istituto ospedaliero nel quale ha soggiornato.

3.3 Il capitale é versato al massimo una volta per anno civile.

3.4 Oltre alle esclusioni previste dall'articolo 4.1 delle condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare (CGA), il capitale sottoscritto non é versato per i soggiorni ospedalieri dettati da un'affezione che rilevi degli obblighi della LAINF, LAI o LAM.

3.5 Per «capitale» ai sensi degli articoli 3.1 a 3.4 delle presenti condizioni speciali, s'intende il capitale sottoscritto secondo l'articolo 2.1, come pure il capitale complementare previsto dall'articolo 2.2.

Articolo 4 - Portata territoriale della copertura

La presente copertura é valevole in tutto il mondo.

Articolo 5 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto previsto all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), i casi correlati a trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti, sotto riserva degli articoli 3.3 e 3.4. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **malattie psichiche**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Anche la **maternità** (ai sensi dell'**art. 2.6 CGA** e secondo i casi dell'**art. 4.1.6 CGA**) non é coperta.

Assura SA

Informazioni per i clienti ai sensi della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA)

Assura Lexa

Edizione 09.2024

Assicurazione di protezione giuridica privata, per pazienti e di circolazione

Informazioni per i clienti secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA)

Chi è l'assicuratore?

L'assicuratore è la Orion Assicurazione di Protezione Giuridica SA, (di seguito «Orion»), con sede a Basilea, soggetta alla sorveglianza da parte dell'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari FINMA (Laupenstrasse 27, 3003 Berna).

Orion opera solo in Svizzera (escluso il Principato del Liechtenstein). Gli stipulanti con domicilio / sede al di fuori della Svizzera non possono sottoscrivere alcuna assicurazione presso Orion. Qualsiasi assicurazione in vigore si estingue con il trasferimento o la partenza dalla Svizzera.

In qualità di assicuratore, Orion è il vostro interlocutore esclusivo per gli annunci di sinistro e la gestione delle pretese giuridiche derivanti dal vostro contratto di assicurazione di protezione giuridica Assura Lexa

Qual è il ruolo di Assura?

Orion ha stipulato con Assura SA (di seguito «Assura») un contratto di collaborazione, delegando ad Assura la gestione amministrativa dell'intero portafoglio Assura Lexa (sottoscrizione, gestione del portafoglio e riscossione dei premi).

In questo contesto, Assura opera segnatamente come **intermediario vincolato a Orion** ai sensi della Legge federale sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione (LSA) e della relativa Ordinanza sulla sorveglianza (OS).

Assura è inoltre il vostro interlocutore esclusivo per le questioni relative alla gestione del contratto di assicurazione (sottoscrizione, modifica e disdetta) e al pagamento dei premi.

Qual è la base contrattuale?

La base del contratto d'assicurazione di protezione giuridica Assura Lexa è costituita dalla polizza d'assicurazione, dalle presenti Condizioni generali d'assicurazione (di seguito «CGA»), dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), dalla Legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) e dalla relativa Ordinanza sulla sorveglianza (OS).

Quali sono i rischi assicurati e qual è l'estensione della copertura assicurativa?

Assura Lexa, in quanto assicurazione contro i danni, la sostiene in caso di questioni giuridiche. Per adattare al meglio la copertura assicurativa alle vostre esigenze, avete la possibilità di scegliere tra diversi moduli: «Protezione giuridica privata» (disponibile nella variante «Basis» o «Maxi»), «Protezione giuridica per pazienti» (solo in combinazione con il modulo «Protezione giuridica privata») e «Protezione giuridica di circolazione».

Ecco una breve panoramica degli ambiti giuridici coperti dai vari moduli (in base alla variante scelta):

- Modulo «Protezione giuridica privata»:** controversie in ambito privato in materia di risarcimento danni, diritto penale, diritto delle assicurazioni, diritto del lavoro, diritto contrattuale e diritto di locazione (in opzione solo con la variante «Maxi»).
Con la **variante «Maxi»** sono coperte anche le controversie in materia di diritto successorio, diritto matrimoniale, diritto fiscale, diritto d'autore, protezione giuridica in materia di Internet e per viaggi all'estero. Questa variante consente di aggiungere alla copertura (con pagamento di un premio aggiuntivo) anche l'opzione «Diritto immobiliare», che copre le controversie legate all'immobile di cui siete proprietario.
- Modulo «Protezione giuridica per pazienti»:** controversie in qualità di paziente con medici, ospedali e altri istituti medici, o con qualsiasi altro fornitore di prestazioni. Questo modulo può essere scelto solo in combinazione con il modulo «Protezione giuridica privata». **L'estinzione di quest'ultimo modulo comporta automaticamente l'estinzione del modulo «Protezione giuridica per pazienti».**
- Modulo «Protezione giuridica di circolazione»:** controversie relative alla mobilità, ad esempio in caso di incidente stradale, in caso di procedure penali o amministrative di revoca della licenza di condurre o ancora in caso di controversie contrattuali riguardanti veicoli.

Ulteriori informazioni sugli ambiti assicurati, la validità territoriale e le somme assicurate sono riportate agli artt. B1, C1 e D1 delle CGA.

Qual è il premio dovuto?

L'ammontare del premio dipende dagli ambiti giuridici assicurati e dalla copertura che avete scelto nella vostra polizza d'assicurazione. Tutti i dati relativi alla copertura assicurativa, al premio e alle eventuali spese (ad es. imposte, pagamento rateale) figurano nei documenti contrattuali. Il premio assicurativo deve essere pagato in anticipo secondo il piano di pagamento previsto dal contratto di assicurazione (mensile, trimestrale, semestrale o annuale). Il premio può subire una modifica per l'anno civile successivo. In questo caso, avete la possibilità di recedere dal contratto d'assicurazione in conformità a quanto indicato nelle CGA.

Quali sono i vostri obblighi?

I vostri obblighi sono definiti nelle CGA e nella LCA. Di seguito i principali obblighi da osservare:

- notificare immediatamente per iscritto a Orion l'evento assicurato;
- collaborare ai chiarimenti richiesti da Assura e Orion (in caso di sinistro, cambiamento dei rischi, ecc.);
- segnalare immediatamente qualsiasi cambiamento in merito a fatti già notificati ad Assura e Orion;
- segnalare immediatamente ad Assura cambiamenti relativi alla propria situazione personale (matrimonio, trasloco, ecc.).

Qual è il termine da rispettare per l'invio di un annuncio di sinistro?

L'evento assicurato deve essere notificato a Orion immediatamente e per iscritto.

Quando inizia e quando termina l'assicurazione?

L'assicurazione è valida a partire dal giorno indicato nella polizza. Fino alla consegna della polizza o di una conferma definitiva della copertura, Orion può rifiutare la proposta. Nelle CGA sono definiti i casi in cui è applicabile un termine d'attesa. Orion fornisce le proprie prestazioni solo dopo il pagamento del premio dovuto secondo il piano di pagamento previsto dal vostro contratto d'assicurazione.

L'assicurazione è valida per i casi giuridici che si verificano e che sono stati notificati a Orion nel corso del periodo di validità del vostro contratto d'assicurazione. Di norma il contratto termina mediante disdetta ordinaria. Ciascuna delle parti può recedere dal contratto, tenendo conto del termine di preavviso di tre mesi, con effetto alla fine dell'anno civile. La disdetta deve essere inoltrata per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo. Durante i primi tre anni d'assicurazione, la disdetta è possibile solo alla fine del terzo anno civile, tenendo conto del termine di preavviso di tre mesi.

Se non viene disdetto alla scadenza, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno.

Altre possibilità di disdetta sono previste dalle CGA e dalla LCA.

Cosa succede nel caso in cui cessi la collaborazione tra Assura e Orion?

In caso di fine del contratto di collaborazione tra Assura e Orion, il vostro contratto di assicurazione sarà disdetto automaticamente per la fine di un anno civile, con un preavviso di tre mesi. In questo caso Assura si riserva il diritto di proporvi una nuova polizza d'assicurazione di protezione giuridica (equivalente o simile) con il suo nuovo partner.

Il contratto può essere revocato?

Lo stipulante può revocare la proposta di conclusione del contratto o la sua dichiarazione di accettazione dello stesso per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, entro il termine di revoca di 14 giorni, mediante comunicazione ad Assura SA, con sede a 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70.

Il termine è osservato se lo stipulante comunica la revoca ad Assura (Assura SA, con sede a 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70), o consegna la dichiarazione di revoca alla posta entro l'ultimo giorno del termine.

In che modo Orion e Assura trattano i dati personali?

Orion e Assura trattano i vostri dati personali segnatamente al fine di stipulare ed eseguire il contratto, oltre che per finalità commerciali e statistiche.

Per l'esecuzione del contratto, in particolare Assura può comunicare a Orion informazioni relative alle coperture assicurative sottoscritte, ai questionari d'affiliazione, ad eventuali riserve d'assicurazione applicate e al pagamento dei premi. Orion, da parte sua, può comunicare ad Assura, in caso di reticenza, informazioni sintetiche relative alle riserve d'assicurazione e ai sinistri notificati.

Maggiori informazioni sul trattamento dei dati (segnatamente gli scopi, i destinatari, la conservazione dei dati, i diritti delle persone interessate e la protezione dei dati in generale) sono riportate:

- **Per Orion:** nella Dichiarazione sulla protezione dei dati disponibile sul sito www.orion.ch/it/protezione-dei-dati. Potete inoltre richiederla a Orion Assicurazione di Protezione Giuridica SA, Protezione dei dati, Casella postale, CH 4002 Basilea, datenschutz@orion.ch.
- **Per Assura:** nella Dichiarazione sulla protezione dei dati disponibile sul sito www.assura.ch/it/protezione. Potete inoltre richiederla scrivendo al Consulente per la protezione dei dati di Assura SA all'indirizzo: Avenue C.-F. Ramuz 70, CP531, 1009 Pully.

Il broker (intermediario non vincolato) riceve una retribuzione?

Se un terzo, ad esempio un intermediario non vincolato (broker), si incarica di tutelare gli interessi dello stipulante relativamente alla conclusione o al prosieguo del contratto d'assicurazione, Assura può remunerarlo per la sua attività sulla base di un accordo. Se desidera maggiori informazioni in merito, lo stipulante può rivolgersi al terzo in questione, il quale è tenuto a fornirglielo.

Contenuto del contratto d'assicurazione

La polizza assicurativa vi fornisce informazioni circa:

- le persone assicurate
- i moduli scelti, ossia «Protezione giuridica privata» (compresa la variante «Basis» o «Maxi» e le opzioni scelte), «Protezione giuridica per pazienti» e/o «Protezione giuridica di circolazione»
- l'importo della copertura assicurativa
- l'inizio e la durata del contratto d'assicurazione
- la scadenza del premio
- le condizioni particolari

Condizioni generali per l'assicurazione (CGA)

Assura Lexa

Edizione 09.2024

Assicurazione di protezione giuridica privata, per pazienti e di circolazione

Indice

A Estensione dell'assicurazione	5
A1 Chi è assicurato	
A2 Quali sono le caratteristiche assicurate	
A3 Dove è valida l'assicurazione	
A4 Quali sono gli importi della copertura assicurativa	
B Modulo «Protezione giuridica privata»	7
B1 Quali sono gli ambiti giuridici assicurati, gli importi della copertura assicurativa e la validità geografica	
C Modulo «Protezione giuridica per pazienti»	17
C1 Quali sono gli ambiti giuridici assicurati, gli importi della copertura assicurativa e la validità geografica	
D Modulo «Protezione giuridica di circolazione»	18
D1 Quali sono gli ambiti giuridici assicurati, gli importi della copertura assicurativa e la validità geografica	
E Disposizioni comuni	20
E1 Quali sono le prestazioni fornite	
E2 Quali sono i casi esclusi dall'assicurazione	
E3 Rinuncia alla riduzione delle prestazioni	
E4 Quando l'assicurazione acquista efficacia	
E5 Come viene trattato un caso giuridico assicurato	
E6 Divergenze d'opinione	
E7 Come disdire il contratto se si è verificato un caso giuridico	
E8 Diritto di revoca e suoi effetti	
E9 Gestione dei premi	
E10 Violazione degli obblighi	
E11 Comunicazione	
E12 Cosa accade in caso di cambio di domicilio	
E13 Retribuzione del broker	
E14 Protezione dei dati	
E15 Qual è il foro competente	
E16 Cosa succede nel caso in cui si estingua il contratto di collaborazione tra Assura e Orion	
E17 Quali sono le disposizioni legali applicabili	
E18 Sanzioni	

A Estensione dell'assicurazione

A1 Chi è assicurato

Persone assicurate:	Assicurazione individuale	Assicurazione di più persone
1 Lo stipulante	X	X
2 I figli minorenni dello stipulante che vive da solo, a condizione che vivano nella stessa economia domestica del genitore stipulante o che vi facciano regolarmente ritorno durante la settimana o il fine settimana.	X	X
3 I figli minorenni dello stipulante che vive da solo nel corso delle loro visite al genitore assicurato.	X	X
4 Tutte le persone che vivono nella stessa economia domestica dello stipulante o che vi fanno regolarmente ritorno durante la settimana o il fine settimana.		X
5 Nella protezione giuridica di circolazione: oltre alle persone già menzionate, sono assicurati tutti i conducenti di un veicolo a motore immatricolato a nome dell'assicurato e non utilizzato a scopo professionale o i passeggeri presenti nel veicolo.	X	X

A2 Quali sono le caratteristiche assicurate

Caratteristiche assicurate	Diritto privato	Diritto della circolazione
1 In quanto persona privata, lavoratore dipendente, membro dell'esercito svizzero, della protezione civile o dei vigili del fuoco.	X	
2 In quanto ciclista (incl. e-bike), conducente di un motociclo e conducente di un veicolo a motore privo di obbligo di immatricolazione.	X	X
3 In quanto pedone, cavaliere, utilizzatore di apparecchi e mezzi ausiliari assimilati a veicoli e utilizzati per la mobilità o gli spostamenti quali skateboard, pattini in linea, monopattini e sci: – non in relazione a una collisione con un veicolo – in relazione a una collisione con un veicolo	X X	X
4 In quanto proprietario, detentore o utilizzatore di imbarcazioni, tavole da surf, aeromobili, dispositivi volanti (aeromodelli, droni, multicotteri, ecc.) e oggetti volanti per i quali la legge non prevede l'obbligo di un'assicurazione di responsabilità civile o aventi un peso non superiore a 30 kg.	X	X
5 In quanto passeggero di un veicolo a motore, un natante, un aeromobile, un veicolo ferroviario o di trasporto pubblico.	X	X
6 In quanto conducente di un qualsiasi veicolo a motore non appartenente a una persona assicurata e avente un peso totale di 3'500 kg.	X	X
7 In quanto proprietario, detentore, locatario o conducente di un veicolo a motore, inclusi rimorchi e roulotte non installate permanentemente, o di un natante, nonché in quanto conducente di un veicolo ferroviario o di veicoli destinati al trasporto pubblico.		X
8 In quanto conducente di un aeromobile (protezione giuridica piloti) e in quanto proprietario, detentore o locatario di un aeromobile con MTOW fino a 5.7 tonnellate.		X
9 In quanto locatario di un appartamento, di una casa o di un immobile situato in Svizzera e utilizzato per le proprie esigenze (non per scopi professionali).	X	
Solo con l'opzione «Diritto di locazione» per la variante «Maxi»		

10 In quanto proprietario di un immobile (appartamento o casa) per l'indirizzo di domicilio ufficiale dello stipulante. Solo con l'opzione «Diritto immobiliare» per la variante «Maxi»	X	
11 In quanto paziente con medici, ospedali e altri istituti medici, o con qualsiasi altro fornitore di prestazioni. Solo con il modulo «Protezione giuridica per pazienti»	X	

Le autovetture autonome (dette anche «vetture autonome») sono equiparate ai veicoli sopra elencati.

A3 Dove è valida l'assicurazione

- La validità geografica per ciascun ambito giuridico assicurato è indicata nelle tabelle seguenti, rispettivamente agli artt. B1, C1 e D1.
- Valgono le seguenti definizioni:

Svizzera	Copertura in Svizzera. Il Principato del Liechtenstein è assimilato alla Svizzera, come pure le enclavi di Büsingen e Campione d'Italia.
Paesi limitrofi	Germania, Francia, Italia e Austria.
Europa	Europa geografica fino agli Urali e ai Paesi che si affacciano sul Mediterraneo.
Mondo	Copertura valida in tutto il mondo.

- Indipendentemente dal luogo in cui si è verificato l'evento, i casi assicurativi sono coperti qualora siano cumulativamente adempiuti i seguenti presupposti:
 - Il foro competente si trova all'interno della zona geografica assicurata.
 - È applicabile il diritto nazionale corrispondente.
 - Il foro competente per l'esecuzione si trova anch'esso all'interno della zona geografica assicurata.
- Le misure di riscossione assicurate vengono applicate solo nei limiti della validità territoriale applicabile al caso in questione.
- Le procedure arbitrali sono assicurate solo se il foro competente si trova in Svizzera e se è applicabile il diritto svizzero.

A4 Quali sono gli importi della copertura assicurativa

- L'importo della copertura assicurativa previsto per ciascun caso è indicato nelle tabelle seguenti, rispettivamente agli artt. B1, C1 e D1.
- Indipendentemente dal numero di casi, per tutti i casi che si verificano nel corso dello stesso anno assicurativo l'importo della copertura assicurativa è concesso una sola volta.
- Tutte le controversie aventi la stessa origine o che sono direttamente o indirettamente collegate allo stesso evento sono considerate come un unico caso assicurato. La somma assicurata viene accordata una sola volta per ciascun caso, anche se questo concerne diversi ambiti giuridici. Cauzioni e anticipi sono imputati integralmente alla somma assicurata e devono essere rimborsati a Orion.

B Modulo «Protezione giuridica privata»

B1 Quali sono gli ambiti giuridici assicurati, gli importi della copertura assicurativa e la validità geografica

Ambito giuridico	Termine d'attesa (cfr. anche art. E4 cpv. 3)	Importi della copertura assicurativa (in CHF) e validità geografica	Un caso si considera realizzato:	Oltre alle esclusioni di cui all'art. E2, non è prevista copertura assicurativa:
1 Risarcimento danni Pretese di risarcimento danni extracontrattuali di diritto civile per danni materiali e corporali (lesioni corporali / morte), nonché per danni patrimoniali direttamente conseguenti. Implicazione dell'assicurato in un procedimento penale come parte civile, qualora tale intervento sia necessario per far valere una pretesa. È altresì coperta la procedura per far valere delle pretese in virtù delle disposizioni di legge concernenti l'aiuto alle vittime di reati. Limitazioni particolari della copertura: per quanto concerne la proprietà immobiliare, solo nel quadro dell'art. B1 cpv. 11.	Nessuno	Variante «Basis»: 100'000 in Svizzera Variante «Maxi»: 600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui è stato causato il danno.	– nei casi in relazione ai reati contro l'onore; – per pretese di risarcimento come conseguenza di un evento verificatosi mentre l'assicurato era alla guida di un veicolo a motore; – in relazione ai danni causati da attacchi a sistemi informatici o perdita di dati.
2 Difesa penale Difesa degli interessi giuridici dell'assicurato nel caso in cui contro di lui sia stata intrapresa una procedura penale o penale-amministrativa con l'imputazione di violazione per negligenza di norme legali. Limitazioni particolari della copertura: per quanto concerne il diritto d'autore, solo nel quadro dell'art. B1 cpv. 7.	Nessuno	Variante «Basis»: 100'000 in Svizzera Variante «Maxi»: 600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui un'infrazione alle disposizioni penali è stata effettivamente o presumibilmente commessa per la prima volta.	– in caso d'imputazione per violazione intenzionale di disposizioni di legge. Le spese saranno rimborsate in caso di decisione di non luogo a procedere o di proscioglimento cresciuta in giudicato concernente la totalità delle infrazioni imputate all'assicurato. Non sarà accordato alcun rimborso in caso di estinzione della procedura a seguito del versamento di un'indennità alla parte lesa o in caso di prescrizione dell'azione penale o in caso di reati contro il patrimonio, nei casi in relazione ai reati contro l'onore e in

				caso di ritiro reciproco delle denunce penali; – in procedure conseguenti a un evento in cui l'assicurato era il conducente o il detentore di un veicolo a motore; – per i casi derivanti dalla legislazione degli stranieri; – per i casi relativi alla Legge sulla protezione dei dati; – per i casi derivanti dal diritto della proprietà intellettuale (come il diritto dei brevetti, diritto di design e diritto dei marchi).
3 Diritto di proprietà e diritto reale Controversie derivanti dalla proprietà, dal possesso o da altri diritti reali su beni mobili e animali.	Nessuno	Variante «Basis»: 100'000 in Svizzera Variante «Maxi»: 600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	
4 Diritto delle assicurazioni Controversie in materia di diritto delle assicurazioni sociali con istituti di assicurazione pubblici svizzeri (AVS / AI, SUVA ecc.), assicurazioni malattie e casse pensioni nonché controversie derivanti da contratti d'assicurazione con istituti assicurativi privati. Limitazioni particolari della copertura: per quanto concerne la proprietà immobiliare, solo nel quadro dell'art. B1 cpv. 11.	Per controversie in materia di diritto delle assicurazioni sociali: 1 mese Per tutte le altre controversie: nessuno	Variante «Basis»: 100'000 in Svizzera Variante «Maxi»: 600'000 in Svizzera e in Europa	– in caso di danni corporali: alla prima manifestazione di un danno alla salute che comporta un'inabilità lavorativa o un'invalidità; – in caso di controversia fondata su una reticenza: al momento della dichiarazione della proposta; – in tutti gli altri casi: al momento in cui si realizza il primo evento che dà origine alle pretese nei confronti dell'assicurazione.	

5 Diritto del lavoro a. Controversie in qualità di lavoratore dipendente derivanti da un rapporto di lavoro retto dal diritto privato o pubblico con un datore di lavoro in Svizzera o in un Paese limitrofo. b. Controversie, in qualità di datore di lavoro, di un lavoratore domestico o di un addetto all'accudimento dei bambini impiegato nella propria economia domestica.	Variante «Basis»: 3 mesi Variante «Maxi»: 1 mese	Variante «Basis»: 100'000 in Svizzera Variante «Maxi»: 600'000 in Svizzera e Paesi limitrofi	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	– per membri della direzione che hanno un'influenza significativa sulle decisioni operative del datore di lavoro o che percepiscono un salario annuo lordo (compresi bonus e gratifiche) superiore a CHF 200'000; – per membri del consiglio di amministrazione.
6 Altri contratti Controversie derivanti da altri contratti regolati dal diritto delle obbligazioni che non sono elencati separatamente, ad esempio contratto di compravendita, mandato semplice, contratto d'appalto per beni mobili, contratti innominati. Sono assicurati anche i contratti stipulati via Internet. Limitazioni particolari della copertura: – le controversie relative alla proprietà immobiliare dello stipulante sono coperte solo con l'opzione «Diritto immobiliare» (art. B1 cpv. 11 CGA); – fino a un valore litigioso inferiore o pari a CHF 500, l'assicurato ha solo diritto a una richiesta di informazioni da parte di Orion; – le controversie derivanti da prestiti sono assicurati a condizione che siano stati pattuiti per iscritto tra privati.	Variante «Basis»: 3 mesi Variante «Maxi»: 1 mese	Variante «Basis»: 100'000 in Svizzera Variante «Maxi»: 600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	– in caso di controversie legate all'acquisto immobiliare, così come a nuove costruzioni, ristrutturazioni e lavori di ampliamento; – in caso di controversie derivanti da contratti di multiproprietà (<i>time-sharing</i>); – in caso di controversie concernenti la costituzione di pegni immobiliari su beni immobili e fondi; – in caso di controversie concernenti risultati di esami e decisioni di promozione; – in caso di controversie legate al commercio di oggetti d'arte; – in caso di controversie con avvocati, notai, consulenti fiscali e fiduciari.
7 Diritto d'autore (solo con la variante «Maxi») Difesa contro pretese di terzi in caso di violazione del diritto d'autore da parte dell'assicurato.	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 1 mese	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 5'000 in Europa	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non	– nei casi in cui la persona assicurata abbia registrato in Internet un nome a dominio identico a un marchio noto, impedendo così al titolare del marchio noto di registrarsi

Rivendicazione di pretese di risarcimento in caso di violazione dei diritti d'autore spettanti all'assicurato. Limitazioni particolari della copertura: – questa copertura è solo sussidiaria, ovvero nel caso in cui le condizioni assicurative di un'assicurazione di responsabilità civile privata esistente o di un'apposita assicurazione Internet non prevedano una copertura per la difesa di tali pretese; – validità geografica: Europa.			fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	all'indirizzo recante il nome di dominio in questione (<i>domain name grabbing</i>).
8 Protezione giuridica in materia di Internet (solo con la variante «Maxi») Protezione giuridica come vittima in relazione ai seguenti casi: 1. phishing e hacking 2. abuso di carte di credito Qualora l'assistenza legale si riveli infruttuosa entro 60 giorni dalla notifica del caso, anziché fornire altre prestazioni ai sensi dell'art. E1, Orion può risarcire fino a un massimo di CHF 1'000 i danni comprovati che derivano da un uso non autorizzato del conto dell'assicurato da parte di terzi con conseguente riduzione del saldo oppure in caso di abuso di carte di credito. Limitazioni particolari della copertura: – la copertura sussiste a condizione che l'abuso di carte di credito sia avvenuto tramite Internet; – la somma destinata a risarcire il danno economico viene corrisposta al massimo una volta per anno assicurativo. Gli indennizzi di altre assicurazioni (ad esempio assicurazione mobilia domestica)	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 1 mese	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 5'000 in tutto il mondo	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	

hanno la precedenza su questa assunzione di costi. Orion si riserva il diritto di richiedere una copia della polizza d'assicurazione.				
9 Protezione giuridica contro il mobbing Protezione giuridica come vittima in caso di violazioni dei diritti della personalità (ad esempio cybermobbing, minacce, coercizione, estorsione) perpetrate in modo percepibile da terzi attraverso mezzi elettronici. Sono assicurati i seguenti casi (elenco esaustivo): – la richiesta di porre fine alle aggressioni sotto minaccia di conseguenze legali; – la presentazione di una querela penale; – la difesa degli interessi di diritto civile relativi alla tutela della personalità; – l'esercizio dei diritti al fine di richiedere la cessazione dell'aggressione e il risarcimento danni nei confronti dell'aggressore e del gestore dei siti web; – computandoli all'importo della copertura, saranno assunti fino a CHF 1'000 i costi di un fornitore di servizi specializzati per la cancellazione di contenuti Internet da cui derivano effetti pregiudizievoli per la persona. Questo importo è corrisposto al massimo una volta per anno assicurativo. Limitazioni particolari della copertura: la copertura sussiste solamente se il foro giudiziario e il domicilio, rispettivamente la sede della persona incriminata, si trovano in Svizzera (o in un Paese limitrofo, se sottoscritta la variante «Maxi»).	6 mesi	Variante «Basis»: 1'000 in Svizzera Variante «Maxi»: 5'000 in Svizzera e Paesi limitrofi	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	– per i casi provocati dalla persona assicurata. Questa esclusione si applica anche nel caso in cui la persona assicurata abbia reagito a una precedente provocazione da parte della persona incriminata; – per i casi contro persone che nel corso dei due anni precedenti alla sottoscrizione dell'assicurazione hanno provocato la persona assicurata; – in reazione a un reato commesso dalla persona assicurata per il quale esiste una sentenza cresciuta in giudicato; – per violazioni alla personalità a mezzo stampa, televisione, radio e loro edizioni elettroniche.

10 Diritto di locazione (in opzione se sottoscritta la variante «Maxi») Protezione giuridica locatario o affittuario a. Orion accorda la protezione giuridica in caso di controversie derivanti da un contratto di locazione o di affitto in relazione a fondi, locali o immobili utilizzati per esigenze personali, non per scopi professionali, e che sono situati in Svizzera; b. Orion accorda la protezione giuridica in caso di controversie di diritto civile con i vicini direttamente confinanti che si verificano al domicilio svizzero della persona assicurata e che riguardano – le restrizioni alla vista, – la manutenzione e il collocamento di alberi e siepi alla distanza legale dal confine, – le immissioni (come ad esempio rumore, fumo, odori, ombra); c. Orion accorda la protezione giuridica in caso di controversie derivanti da contratti d'appalto con artigiani e concernenti vizi di costruzione presenti nell'immobile che costituisce il domicilio svizzero dello stipulante e che quest'ultimo	Varianti «Basis»: a + b: 3 mesi; c: 1 anno Varianti «Maxi»: a + b: 1 mese; c: 1 anno	Varianti «Basis»: 100'000 in Svizzera; limite di 10'000 per b + c Varianti «Maxi»: 600'000 in Svizzera; limite di 10'000 per b + c	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	– in caso di controversie legate al superamento dei valori limite di esposizione conformemente all'Ordinanza contro l'inquinamento fonico; – c: in caso di controversie relative a progetti di costruzione i cui costi complessivi superano CHF 100'000; – c: in caso di controversie legate all'amianto.
--	--	--	--	---

non occupa a titolo professionale.				
11 Opzione «Diritto immobiliare» (solo con la variante «Maxi» e solo se è assicurata anche l'opzione «Diritto immobiliare») Protezione giuridica per proprietari di fondi e proprietari per piani La protezione giuridica accordata da Orion in relazione alla proprietà fondiaria e alla proprietà per piani si limita alle controversie concernenti l'immobile che lo stipulante abita in prima persona, non utilizza per scopi professionali e che è situato al suo domicilio in Svizzera. Le controversie assicurate riguardano i seguenti ambiti giuridici (elenco esaustivo): a. le controversie di diritto civile derivanti dal diritto di vicinato con i vicini direttamente confinanti e riguardanti i proprietari per piani di comunità di proprietari di piani relativamente: – alle restrizioni alla vista, – alla manutenzione e al collocamento di alberi e siepi alla distanza legale dal confine, – alle immissioni (come ad esempio rumore, fumo, odori, ombra); b. le controversie relative a una licenza edilizia relativa a progetti edilizi dei vicini direttamente confinanti; c. le controversie relative a espropriazioni formali; d. le controversie con compagnie assicurative; e. le controversie derivanti da servitù attive e passive, oneri fondiari e impianto dei termini, come pure le richieste di risarcimento danni extracontrattuali per	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 1 mese; b, c, f: 1 anno	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 1'000'000 in Svizzera	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	– in caso di controversie legate al superamento dei valori limite di esposizione conformemente all'Ordinanza contro l'inquinamento fonico; – in caso di controversie non indicate come assicurate, ad esempio quelle concernenti i costi comuni della proprietà per piani, il fondo di rinnovamento, lavori di costruzione o altri interventi a parti comuni dell'immobile, la comproprietà, l'amministrazione, ecc.; – f: in caso di controversie relative a progetti di costruzione i cui costi complessivi superano CHF 100'000; – f: in caso di controversie legate all'amianto.

danni materiali concernenti il fondo assicurato; f. le controversie derivanti da contratti d'appalto con artigiani concernenti vizi di costruzione. Nota: sono assicurate anche le parcelle limitrofe a un fondo assicurato e non edificate, di proprietà dello stipulante e utilizzate da quest'ultimo come giardino o per autoapprovvigionamento. Limitazioni particolari della copertura: lettera b: per lo stesso progetto di costruzione, la somma assicurata viene concessa una sola volta, anche in caso di modifica della domanda di costruzione; – se una controversia con terzi riguarda le parti comuni di un immobile costituito in proprietà per piani, i costi saranno assunti in proporzione alla quota appartenente all'assicurato in rapporto al valore del fondo. In caso di proprietà comune, i costi sono ripartiti in maniera analoga.				
12 Diritto successorio (solo con la variante «Maxi») Controversie in materia di diritto successorio. Nota: in assenza di controversia non sussiste alcuna copertura assicurativa, fatta salva la consulenza giuridica telefonica (Orionline) di cui all'art. E1 punto 2. Limitazioni particolari della copertura: la somma assicurata sarà accordata una sola volta per successione.	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 1 anno	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 3'000 in Svizzera	al momento in cui decede il testatore.	

13 Diritto matrimoniale / unioni registrate (solo con la variante «Maxi») Orion accorda protezione giuridica in caso di problemi derivanti dal diritto matrimoniale / delle unioni registrate, a scelta sotto forma di mediazione o di assistenza nella stesura di una convenzione di divorzio o di separazione. Limitazioni particolari della copertura: - la somma assicurata è di CHF 3'000 per partner assicurato. in caso di controversie tra gli stessi partner, la somma assicurata sarà accordata una sola volta.	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 1 anno	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 3'000 in Svizzera	data in cui uno o entrambi i coniugi chiedono per la prima volta il divorzio, la separazione o misure di protezione dell'unione coniugale, oppure data in cui hanno sospeso la comunione domestica. È determinante il primo caso che si verifica.	
14 Diritto fiscale (solo con la variante «Maxi») Orion accorda protezione giuridica nelle procedure di ricorso contro una decisione su opposizione in caso di controversie con le autorità fiscali svizzere riguardanti l'imposta sul reddito, l'imposta sulla sostanza, l'imposta sugli utili immobiliari, le tasse di mutazione e l'imposta sugli immobili.	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 1 anno	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 3'000 in Svizzera	al momento della prima decisione di tassazione da parte dell'amministrazione fiscale.	- in caso di procedure relative ad arretrati d'imposta e pene fiscali; - per la procedura di opposizione presso l'amministrazione fiscale.
15 Protezione giuridica per viaggi all'estero (solo con la variante «Maxi») Orion accorda protezione giuridica in aggiunta parziale dell'art. B1 cpv. 6 per controversie derivanti da eventi verificatisi durante viaggi all'estero e riguardanti i seguenti ambiti (elenco esaustivo): - noleggio, prestito e deposito di un bene mobile all'estero; - contratto di trasporto e di invio dei bagagli e/o di un veicolo a motore all'estero o verso l'estero; - riparazione di un veicolo a motore	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: Nessuno	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 600'000 in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	- in caso di controversie legate al trasporto di un veicolo a motore acquistato all'estero a scopo di importazione in Svizzera.

d. durante un viaggio all'estero; contratti per viaggi «tutto compreso» all'estero (compresi contratti con scuole di lingue straniere), noleggio di un veicolo a motore all'estero o locazione temporanea di un appartamento o di una casa di vacanze all'estero per un massimo di sei mesi (indipendentemente dal luogo di prenotazione – anche se il foro è in Svizzera). Limitazioni particolari della copertura: queste prestazioni sono erogate solo sussidiariamente ad altre assicurazioni.				
16 Protezione giuridica del conducente Controversie insorte come conducente di un qualsiasi veicolo a motore non appartenente a una persona assicurata e avente un peso totale massimo di 3'500 kg conformemente a quanto disposto all'art. D1 cpv. 1 - 3 e 5 - 6. Limitazioni particolari della copertura: queste prestazioni sono erogate solo sussidiariamente ad altre assicurazioni.	Nessuno	Variante «Basis»: nessuna copertura Variante «Maxi»: 100'000 in Svizzera	in base all'ambito assicurato interessato ai sensi dell'art. D1.	

C Modulo «Protezione giuridica per pazienti»

C1 Quali sono gli ambiti giuridici assicurati, gli importi della copertura assicurativa e la validità geografica

Ambito giuridico	Termine d' attesa (cfr. anche art. E4 cpv. 3)	Importi della copertura assicurativa (in CHF) e validità geografica	Un caso si considera realizzato:	Oltre alle esclusioni di cui all'art. E2, non è prevista copertura assicurativa:
Diritti dei pazienti Controversie come paziente con medici, ospedali e altri istituti medici a. in Svizzera; b. all'estero, solo in caso di trattamenti medici che devono essere effettuati d'urgenza. L'urgenza sussiste se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Il modulo «Protezione giuridica per pazienti» è disponibile solo a condizione di beneficiare anche del modulo «Protezione giuridica privata». La soppressione del modulo «Protezione giuridica privata» comporta automaticamente anche la soppressione del modulo «Protezione giuridica per pazienti».	1 mese, salvo trattamenti d'urgenza	200'000 in Svizzera; 150'000 in tutto il mondo (in caso d'urgenza)	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	– se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento; – in caso di controversie relative a interventi di chirurgia estetica, ad eccezione di un intervento medico divenuto necessario a seguito di un infortunio o di una malattia.

D Modulo «Protezione giuridica di circolazione»

In generale non è previsto un termine d'attesa per il «Diritto della circolazione».

D1 Quali sono gli ambiti giuridici assicurati, gli importi della copertura assicurativa e la validità geografica

Ambito giuridico	Importi della copertura assicurativa (in CHF) e validità geografica	Un caso si considera realizzato:	Oltre alle esclusioni di cui all'art. E2, non è prevista copertura assicurativa:
1 Risarcimento danni Pretese di risarcimento danni extracontrattuali di diritto civile per danni materiali e corporali (lesioni corporali / decesso), nonché per danni patrimoniali direttamente conseguenti. Implicazione dell'assicurato in un procedimento penale come parte civile, qualora tale intervento sia necessario, per far valere una pretesa. È altresì coperta la procedura per far valere delle pretese in virtù delle disposizioni di legge concernenti l'aiuto alle vittime di reati.	600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui il danno è stato causato.	– nei casi in relazione ai reati contro l'onore; – per le controversie come conducente di un veicolo di terzi per i danni a tale veicolo.
2 Difesa penale In caso di procedure penali o amministrative intraprese contro l'assicurato a seguito di un incidente stradale o in caso di infrazione alle norme della circolazione.	600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui una violazione delle disposizioni penali è stata effettivamente o presumibilmente commessa per la prima volta.	– nei casi in relazione ai reati contro l'onore; – in caso di procedura per inosservanza delle norme della circolazione applicabili ai veicoli in stazionamento (divieto di sosta, parcheggio, ecc.).
3 Revoca della licenza e tassazione dei veicoli In caso di procedure concernenti la revoca della licenza di condurre o di circolazione nonché l'imposta cantonale dei veicoli assicurati. Limitazioni particolari della copertura: la validità geografica è limitata alla Svizzera.	600'000 in Svizzera	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali.	– nelle procedure volte all'ottenimento o alla conversione di una licenza di condurre nonché alla restituzione di una licenza ritirata a seguito di una decisione cresciuta in giudicato.
4 Diritto di proprietà e diritto reale Controversie derivanti dalla proprietà, dal possesso o da altri diritti reali relativi a un veicolo assicurato.	600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato	– in caso di acquisto o vendita di veicoli, quando l'assicurato svolge questa attività a titolo professionale.

		avrebbe dovuto ragionevolmente accorgersene.	
5 Diritto delle assicurazioni Controversie in materia di diritto delle assicurazioni sociali con istituti di assicurazione pubblici svizzeri (AI, SUVA ecc.), assicurazioni malattie e casse pensioni nonché controversie derivanti da contratti di assicurazione con istituti assicurativi privati.	600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	– in caso di danni corporali: alla prima manifestazione di un danno alla salute che comporta un'inabilità lavorativa o un'invalidità; – in caso di controversia fondata su una reticenza: al momento della dichiarazione della proposta; – in tutti gli altri casi: al momento in cui si realizza il primo evento che dà origine alle pretese nei confronti dell'assicurazione.	
6 Diritti dei pazienti Controversie con medici, ospedali e altri istituti medici relative a lesioni dovute a un incidente della circolazione assicurato.	600'000 in Svizzera e in Europa; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto ragionevolmente accorgersene.	
7 Contratti che concernono un veicolo Controversie relative a un veicolo assicurato derivanti dai seguenti contratti (compresi i relativi accessori, come seggiolini per bambini, autoradio, ecc.): acquisto, vendita, noleggio, prestito, leasing, deposito, ordine di riparazione (elenco esaustivo).	600'000 in Svizzera; 150'000 in tutto il mondo	al momento in cui per la prima volta è stata commessa, effettivamente o presumibilmente, una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto accorgersene.	– in caso di acquisto o vendita di veicoli e relativi accessori, quando l'assicurato svolge questa attività a titolo professionale; – in caso di controversie contrattuali relative a natanti con prezzo di catalogo superiore a CHF 150'000.
8 Locazione di un garage Controversie in qualità di locatario a lungo termine di un garage o di un posto auto per un veicolo assicurato.	600'000 in Svizzera	al momento in cui per la prima volta è stata commessa effettivamente o presumibilmente una violazione di norme legali o obblighi contrattuali, a meno che l'assicurato non fosse già prima in grado di accorgersi del possibile insorgere di controversie legali. In questo caso è determinante il momento in cui l'assicurato avrebbe dovuto ragionevolmente accorgersene.	

E Disposizioni comuni

E1 Quali sono le prestazioni fornite

1. Nei casi assicurati Orion si assume fino a concorrenza degli importi assicurati indicati negli art. A4 e B1:

- a. la gestione dei casi da parte di Orion;
- b. le spese di avvocato, di assistenza in caso di procedimento giudiziario o di un mediatore nonché, in deroga all'art. E5 cpv. 2, le spese fino a concorrenza di CHF 2'000 per un avvocato della prima ora in quanto imputato in una procedura penale per il primo interrogatorio da parte della polizia. Se invece è accusato di aver agito deliberatamente, sarà l'assicurato a dover rimborsare le spese a Orion;
- c. le spese per perizie ordinate in accordo con Orion o da un tribunale;
- d. tasse giudiziarie o altre spese procedurali poste a carico dell'assicurato, compresi gli acconti;
- e. le spese ripetibili riconosciute alla controparte e imputate all'assicurato, comprese le cauzioni;
- f. la riscossione di un credito spettante all'assicurato in seguito a un caso assicurato, nella misura in cui il debitore lo contesti (ad esempio, secondo il diritto svizzero, a partire dall'opposizione al precetto esecutivo). Questo fino alla presentazione di un attestato di carenza di beni, una domanda di moratoria concordataria, una comminatoria di fallimento o un attestato di insufficienza del pegno;
- g. gli anticipi di cauzioni penali dopo un incidente per evitare la carcerazione preventiva dell'assicurato;
- h. le spese di traduzione e di viaggio necessarie per un procedimento giudiziario all'estero fino a un importo di CHF 5'000.

2. Consulenza giuridica telefonica (Orionline): gli assicurati possono beneficiare di consulenza giuridica telefonica, anche per gli ambiti giuridici non menzionati.

3. In genere non vengono prese a carico:

- a. le multe;
- b. le spese di analisi relative alla presenza di alcol nel sangue o tossicologiche, accertamenti medici o psicologici, oltre a misure di educazione stradale ordinate dalle autorità in materia di circolazione;
- c. le richieste di risarcimento danni;
- d. in materia di circolazione stradale, le spese e gli esborsi derivanti dalla prima decisione penale (ad es. decreto d'accusa, decisione di multa, ecc.) o amministrativa (ad es. ammonimento, revoca della licenza, ecc.). Questi rimangono a carico dell'assicurato anche in caso di ricorso;

e. spese e onorari che sono a carico di un terzo o che sono imputati a una persona civilmente responsabile o all'assicurazione per la responsabilità civile: in questi casi, Orion verserà solo degli anticipi;

f. spese e onorari nelle procedure di fallimento e di concordato, nonché nelle azioni di rivendicazione, di contestazione della rivendicazione e di contestazione della graduatoria. In caso di fallimento dell'assicurato, l'obbligo di prestazione di Orion cessa non appena viene dichiarato il fallimento, anche per i sinistri già verificatisi.

4. Se un evento coinvolge più assicurati coperti dal medesimo contratto o da contratti diversi, Orion ha il diritto di limitare le prestazioni alla difesa degli interessi in sede extragiudiziale fintantoché non sia stato condotto un processo-pilota da avvocati scelti da Orion. Inoltre, le prestazioni vengono sommate per tutti gli assicurati del medesimo contratto.

E2 Quali sono i casi esclusi dall'assicurazione

Non sono assicurati (tutte le seguenti esclusioni hanno priorità sulle disposizioni degli artt. B1, C1 e D1):

Esclusioni generali:

1. tutte le persone, i veicoli e gli ambiti giuridici che non sono espressamente indicati come assicurati negli artt. A1, A2, B1, C1 e D1;
2. controversie derivanti da crediti e obblighi che sono stati trasferiti all'assicurato in virtù del diritto successorio o per cessione/assunzione di debito;
3. la difesa da pretese di risarcimento danni non contrattuali formulate da terzi. Questo compito spetta all'assicurazione di responsabilità civile;
4. i casi in relazione a eventi bellici, sommosse, scioperi, serrate, danni causati da energia nucleare, radiazioni radioattive, conseguenze dovute a incidenti di natura chimica nonché quelle dovute a modifiche genetiche di alimenti, piante e animali;
5. controversie derivanti dalla partecipazione a zuffe o risse;
6. le controversie nei confronti di un'altra persona assicurata in base al presente contratto o nei confronti della sua assicurazione di responsabilità civile (questa esclusione non si applica allo stipulante stesso e ai casi di cui all'art. B1 cpv. 13);
7. controversie tra coppie in concubinato e persone conviventi, coniugi e persone legate da un'unione registrata (eccezione: diritto matrimoniale / unioni registrate come da art. B1 cpv. 13);
8. controversie relative alla riscossione di crediti non contestati o casi derivanti dalla riscossione di crediti nei confronti di debitori in situazione di sovraindebitamento (ad esempio in caso di presentazione di un attestato di carenza di beni o di debiti incontestabili) o di crediti prescritti;

9. controversie in materia di diritto delle esecuzioni e dei fallimenti (restano assicurate le misure di riscossione ai sensi dell'art. E1 cpv. 1 lett. f);

10. controversie con Orion, i suoi organi e collaboratori, come pure con avvocati, notai, agenti commerciali, mediatori o esperti nominati da Orion o dall'assicurato.

Esclusioni supplementari nella protezione giuridica privata:

11. controversie contrattuali e di altra natura in relazione a un'attività professionale o lucrativa indipendente (anche accessoria), come pure gli atti preparatori ad essa relativi;

12. controversie in relazione al lavoro in nero (ad es. mancanza di assicurazioni sociali, permesso di lavoro);

13. i casi derivanti da contributi pubblici (eccezione: diritto fiscale ai sensi dell'art. B1, cpv. 14) e dal diritto della pianificazione;

14. controversie in relazione alla pratica di un'attività sportiva retribuita o l'attività retribuita di un allenatore a partire da un valore litigioso di CHF 30'000. Il valore litigioso determinante corrisponde all'insieme dei crediti (compresa la domanda riconvenzionale) e non alle richieste relative a una parte del credito;

15. ad eccezione della protezione giuridica per viaggi all'estero ai sensi dell'art. B1 cpv. 15, controversie come proprietario, detentore, conducente (eccezione: protezione giuridica del conducente come da art. B1 cpv. 16), comodatario, locatario, titolare di un contratto di leasing, acquirente o venditore di veicoli a motore di tutti i generi (ad eccezione dei ciclomotori), veicoli ferroviari, aeromobili o imbarcazioni con obbligo di immatricolazione;

16. casi in relazione al diritto societario, incluse le pretese di responsabilità formulate contro gli organi di una società;

17. controversie derivanti dall'acquisto e dalla vendita di titoli e partecipazioni finanziarie in imprese, operazioni di gestione patrimoniale e di borsa, operazioni speculative o a termine, altre operazioni finanziarie o d'investimento e controversie collegate con eventuali intermediari o agenti.

Esclusioni supplementari nella protezione giuridica di circolazione, del conducente e per viaggi all'estero:

18. i casi in cui il conducente utilizza un veicolo non ammesso alla circolazione stradale, non è autorizzato a condurre il veicolo, non è in possesso di una licenza di condurre valida oppure conduceva un veicolo non munito di targhe d'immatricolazione valide;

19. controversie derivanti dalla partecipazione attiva a gare o competizioni di veicoli a motore (comprese le gare non autorizzate su strade pubbliche), comprese le esercitazioni;

20. i casi in qualità di proprietario / detentore di veicoli utilizzati a titolo professionale (dalle gare sono ricavati sistematicamente degli incassi), come taxi, autobus, veicoli per le consegne, autocarri di società di trasporto, autovetture di scuola guida, ecc.;

21. in caso di denuncia per superamento del limite di velocità massimo consentito a partire da 30 km/h nelle località, da 40 km/h al di fuori delle località e sulle semiautostrade e da 50 km/h sulle autostrade;

22. in caso di recidiva, in relazione ai seguenti eventi: denuncia per guida in stato di ebbrezza, rifiuto di sottoporsi a esami del sangue e assunzione di sostanze stupefacenti;

23. controversie come proprietario, detentore o conducente di aeromobili;

24. controversie in relazione a incidenti della circolazione causati intenzionalmente da un assicurato.

E3 Rinuncia alla riduzione delle prestazioni

Orion rinuncia al diritto conferitole dalla Legge sul contratto d'assicurazione di ridurre le sue prestazioni in caso di sinistro cagionato da colpa grave, tranne in caso di condanna cresciuta in giudicato per inabilità alla guida dell'assicurato, perché era sotto l'effetto di alcol, droghe o medicinali e in caso di rifiuto di sottoporsi a un esame del sangue.

E4 Quando l'assicurazione acquista efficacia (validità temporale)

1. L'assicurazione è valida a partire dal giorno indicato nella polizza. Fino alla consegna della polizza o di una conferma definitiva della copertura, Orion può rifiutare la proposta. Nelle CGA sono definiti i casi in cui è applicabile un termine d'attesa. Orion fornisce le proprie prestazioni solo dopo il pagamento del premio dovuto secondo il piano di pagamento previsto dal contratto di assicurazione. L'assicurazione è valida per i casi giuridici che si verificano e che sono stati annunciati a Orion nel corso del periodo di validità del contratto di assicurazione. Ciascuna delle parti può recedere dal contratto alla fine di un anno civile con un termine di preavviso di tre mesi, per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo. Durante i primi tre anni di assicurazione, la disdetta è possibile solo alla fine del terzo anno civile, con un preavviso di tre mesi.

Se non viene disdetto alla scadenza, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno.

Altre possibilità di disdetta sono previste dalle CGA e dalla LCA.

Lo stipulante deve inviare la disdetta ad Assura SA, con sede a 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70.

2. Poiché le persone assicurate continuano a beneficiare della copertura assicurativa, il contratto d'assicurazione non può essere disdetto in caso di deposito delle targhe.

3. L'assicurazione è valida per i casi assicurativi che si verificano nel corso della durata del contratto, rispettivamente dopo la scadenza del termine d'attesa di cui agli artt. B1 (Modulo «Protezione giuridica privata») e C1 (Modulo «Protezione giuridica per pazienti»), a condizione che anche la necessità di protezione giuridica si manifesti nel corso della durata del contratto e che il caso venga annunciato durante tale periodo. Tale periodo di carenza non si applica in caso di copertura analoga presso un assicuratore precedente quando il passaggio avviene senza interruzione, tranne in caso di estensione della copertura. La copertura non è accordata se il caso viene annunciato dopo l'annullamento della polizza o della relativa copertura complementare.

E5 Come viene trattato un caso giuridico assicurato

1. Quando si verifica un caso assicurativo per il quale l'assicurato intende ricorrere ai servizi di Orion, egli deve avvisare immediatamente Orion per iscritto.
2. Orion decide come procedere in base agli interessi dell'assicurato. Se necessario, conduce le trattative per una soluzione bonale del caso e, dove si addice, propone una mediazione. Spetta a Orion decidere se ricorrere a un avvocato o a un mediatore e se richiedere una perizia. Orion può limitare la garanzia di copertura per quanto riguarda il contenuto e la somma. L'assicurato si impegna a non incaricare un avvocato senza avere prima ottenuto l'autorizzazione scritta di Orion. Qualora l'assicurato incarichi un avvocato o un rappresentante professionale in giudizio, un perito o un mediatore prima dell'annuncio del caso a Orion, le spese sostenute prima di tale annuncio sono assicurate solo fino a un importo di CHF 300. Salvo diverso accordo, Orion salderà il conto con l'avvocato (anche in caso di procedura giudiziaria) in base alle sue tariffe. Se l'assicurato pattuisce con l'avvocato di corrispondergli un premio in caso di successo, tale premio non sarà a carico di Orion.
3. Orion si riserva il diritto di corrispondere all'assicurato un indennizzo per il danno subito, anziché assumere i costi di cui all'art. E1. Tale indennizzo sarà accordato in base al valore litigioso e terrà conto dei rischi di procedura e d'incasso.
4. Orion accorda all'assicurato la libera scelta dell'avvocato, laddove risulti necessario incaricare uno in previsione di un'azione giudiziaria civile o amministrativa, come pure nel caso di un conflitto di interessi. Orion si riserva il diritto di rifiutare l'avvocato proposto dall'assicurato. In tal caso, l'assicurato può proporre altri tre avvocati di studi legali differenti situati nel luogo del foro dell'azione legale, tra i quali Orion sceglierà quello incaricato del caso. Ciò vale anche se l'assicurato aveva la libera scelta dell'avvocato o se Orion aveva acconsentito a nominare un avvocato per altri motivi. Il rifiuto di un avvocato non deve essere giustificato. Qualora l'assicurato decidesse di rivolgersi ad un altro

avvocato, dovrà farsi carico dei costi aggiuntivi che ne conseguiranno.

5. L'assicurato o il suo avvocato devono fornire a Orion le informazioni e le procure necessarie. Tutti i documenti relativi al caso, come verbali di contravvenzione, citazioni a comparire, sentenze, scambi di corrispondenza, ecc. devono essere trasmessi immediatamente a Orion. Se viene incaricato un avvocato, l'assicurato deve autorizzarlo ad informare Orion sugli sviluppi del caso e in particolare a mettere a disposizione di Orion la documentazione necessaria per esaminare la copertura assicurativa o le probabilità di successo di un processo.

E6 Divergenze d'opinione

1. In caso di divergenze d'opinione sulla linea di condotta da seguire in un caso assicurato o sulle probabilità di successo del caso assicurativo, Orion ne dà immediata comunicazione all'assicurato, motivando la propria posizione giuridica, e lo informa della possibilità di richiedere una procedura arbitrale entro 20 giorni. Se l'assicurato non richiede l'avvio della procedura arbitrale entro detto termine, si ritiene che abbia rinunciato a tale diritto. Una volta ricevuto il rifiuto, l'assicurato dovrà intraprendere personalmente tutte le misure necessarie per la difesa dei propri interessi. Orion non sarà responsabile delle conseguenze derivanti da misure inadeguate adottate dall'assicurato, in particolare per eventuali inosservanze di termini. Le spese della procedura arbitrale devono essere anticipate dalle parti nella misura di metà ciascuno e saranno a carico della parte soccombente. Qualora una delle parti non paghi l'anticipo sulle spese, si ritiene che abbia riconosciuto la posizione dell'altra parte.
2. Le parti scelgono di comune accordo un arbitro unico. La procedura si limiterà a un unico scambio di comunicazioni scritte contenenti le richieste motivate delle parti e i loro mezzi di prova, sulla base dei quali l'arbitro prenderà la sua decisione. Per il resto si applicano le disposizioni del Codice di diritto processuale civile svizzero (CPC).
3. Se, in caso di rifiuto delle prestazioni assicurative, l'assicurato intraprende un'azione legale a proprie spese e ottiene un risultato più favorevole rispetto alla posizione motivata per iscritto da Orion o all'esito della procedura arbitrale, Orion assumerà le spese sostenute nell'ambito delle condizioni assicurative, come se avesse acconsentito alla procedura.

E7 Come disdire il contratto se si è verificato un caso giuridico

1. Nel caso in cui si verifichi un caso giuridico assicurato con obbligo di prestazione per Orion, il contratto d'assicurazione può essere disdetto da entrambe le parti per iscritto al più tardi al momento dell'ultima prestazione. La copertura assicurativa si estingue 14 giorni dopo la comunicazione della disdetta all'altra parte.

2. Il premio per l'anno assicurativo in corso rimane dovuto a Orion se il contratto viene disdetto dallo stipulante nel corso dell'anno che segue la sua conclusione.
3. La consulenza telefonica tramite il servizio telefonico Orionline non è considerata un caso giuridico assicurato e non dà diritto alla disdetta del contratto.

E8 Diritto di revoca e suoi effetti

1. Lo stipulante può revocare la proposta di conclusione del contratto o la sua dichiarazione di accettazione per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, mediante comunicazione ad Assura SA, con sede a 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70.
2. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dal momento in cui lo stipulante presenta la sua proposta di stipulazione o accetta il contratto.
3. Il termine è osservato se lo stipulante comunica la sua revoca ad Assura (Assura SA, con sede a 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70) o consegna la dichiarazione di revoca alla posta entro l'ultimo giorno del termine.
4. La revoca ha l'effetto di rendere inefficace fin dall'inizio la proposta di stipulazione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stipulante.
5. Le parti devono restituire le prestazioni già ricevute.
6. Lo stipulante non è tenuto a versare a Orion alcun indennizzo supplementare.

E9 Gestione dei premi

1. Il primo premio è esigibile dal momento della consegna della polizza.
2. I premi successivi sono dovuti a partire dalla data indicata nella polizza.
3. Nel caso in cui il premio non venga pagato entro la scadenza, Assura ha il diritto di riscuotere un importo per le spese di sollecito.
4. Eventuali modifiche apportate alle tariffe dei premi e alle nuove Condizioni generali d'assicurazione vengono comunicate allo stipulante al momento della fatturazione, al più tardi 25 giorni prima della fine di un anno civile. Le modifiche si considerano accettate dallo stipulante e saranno valide a partire dal periodo assicurativo successivo, se lo stipulante non dà disdetta della polizza entro la fine del periodo assicurativo in corso. Non sussiste un diritto di disdetta in caso di modifiche nella composizione del premio non imputabili a Orion o ad Assura (ad esempio in caso di modifica della tassa di bollo federale o delle spese legate alla riscossione dei premi) o di variazione del premio dovuta alla situazione personale dello stipulante (ad esempio concessione o revoca di sconti legati all'età, passaggio dall'assicurazione individuale a quella per più persone o viceversa).

5. L'assicurato non può concludere transazioni che comportino obblighi per Orion senza l'accordo di quest'ultima.

6. Le spese processuali e le spese ripetibili riconosciute all'assicurato (in sede giudiziaria ed extragiudiziaria) spettano a Orion fino a concorrenza delle prestazioni fornite.

E10 Violazione degli obblighi

In caso di violazione colposa dell'obbligo di informazione o collaborazione (ad es. informazione intenzionalmente incompleta o inesatta), Orion può ridurre o rifiutare le proprie prestazioni.

E11 Comunicazione

1. Le notifiche di sinistro devono essere inviate a uno degli uffici legali elencati di seguito, tutte le altre comunicazioni alla sede centrale di Orion a Basilea.
2. Tutte le comunicazioni (compresa la procedura arbitrale) devono avvenire nella lingua del contratto d'assicurazione.
3. Se la persona o l'impresa assicurata non lo vietano espressamente, Orion e Assura hanno il diritto di comunicare con le stesse e con altre parti utilizzando mezzi di comunicazione elettronici, ad esempio via e-mail. Orion e Assura non si assumono alcuna responsabilità per la ricezione, la lettura, l'inoltro, la copia, l'utilizzo o la manipolazione non autorizzati di informazioni e dati trasmessi di qualsiasi tipo.

E12 Cosa accade in caso di cambio di domicilio

I cambi di indirizzo o di domicilio civile devono essere comunicati ad Assura entro 30 giorni. Se lo stipulante trasferisce il proprio domicilio civile all'estero, la copertura assicurativa si estingue alla data di partenza comunicata all'autorità svizzera competente.

E13 Retribuzione del broker (intermediario non vincolato)

Se un terzo, ad esempio un intermediario non vincolato (broker), si incarica di tutelare gli interessi dello stipulante relativamente alla conclusione o al prosieguo del contratto d'assicurazione, Assura può remunerarlo per la sua attività sulla base di un accordo. Se desidera maggiori informazioni in merito, lo stipulante può rivolgersi al terzo in questione.

E14 Protezione dei dati

1. Orion e Assura rispettano la sfera privata e trattano i dati personali nel pieno rispetto delle disposizioni e dei principi della Legge federale sulla protezione dei dati. Adottano le misure tecniche e organizzative necessarie al fine di garantire una protezione dei dati aggiornata e adeguata.
2. In particolare, Orion e Assura trattano i dati personali dell'assicurato nell'ambito della conclusione e dell'esecuzione del contratto. Maggiori informazioni sul trattamento dei dati da parte di Orion e Assura (gli scopi, i destinatari, la conservazione dei dati e i diritti degli interessati) e sulla protezione dei dati in generale sono reperibili nelle rispettive politiche sulla protezione dei dati, disponibili per Orion sul sito www.orion.ch/it/protezione-dei-dati e per Assura sul sito www.assura.ch/it/protezione. Possono

inoltre essere richieste a Orion Assicurazione di Protezione Giuridica SA, Protezione dei dati, Casella postale, CH 4052 Basilea, datenschutz@orion.ch e ad Assura SA, con sede a 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70.

E15 Qual è il foro competente

Per le controversie derivanti dal presente contratto, Orion riconosce come foro competente il domicilio dell'assicurato in Svizzera. Se l'assicurato non è domiciliato in Svizzera, il foro competente è la sede di Orion a Basilea.

E16 Cosa succede nel caso in cui si estingua il contratto di collaborazione tra Assura e Orion

In caso di fine del contratto di collaborazione tra Assura e Orion, il vostro contratto di assicurazione sarà disdetto automaticamente per la fine di un anno civile, con un preavviso di tre mesi. In questo caso Assura si riserva il diritto di proporre all'assicurato una nuova polizza d'assicurazione di protezione giuridica (equivalente o simile) con il suo nuovo partner.

E17 Quali sono le disposizioni legali applicabili

Per tutte le questioni che non sono espressamente disciplinate nelle CGA, si applica la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.

E18 Sanzioni

In deroga a qualsiasi altra disposizione contrattuale, l'obbligo di fornire prestazioni decade nella misura in cui e fintantoché sanzioni legali, economiche, commerciali o finanziarie impediscano l'erogazione della prestazione derivante dal contratto d'assicurazione.

In caso di contestazione fa fede la versione in lingua francese delle presenti Condizioni generali d'assicurazione.

Condizioni speciali per l'assicurazione complementare

Materna Varia

Edizione 09.2021

Assicurazione complementare per la maternità (degenza in reparto privato di un ospedale o di una clinica con limitazione nella scelta dell'istituto e prestazioni ambulatoriali estese) con premio evolutivo a seconda dell'età reale dell'assicurata.

Articolo 1 - Scopo e principi

1.1. L'assicurazione «Materna Varia» copre le spese di maternità alle condizioni indicate qui di seguito. A complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, di qualsiasi altra assicurazione sociale e delle assicurazioni complementari di Assura SA, le spese sono rimborsate conformemente alle condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare (di seguito: CGA LCA) e alle presenti condizioni speciali d'assicurazione (di seguito: CSC).

1.2. Per il resto, le CGA LCA sono applicabili nella misura in cui le presenti condizioni speciali d'assicurazione non vi derogano. In particolare, gli articoli 2.6, 2.7, 3.2, 5.1, 5.3 e 5.4 delle CGA LCA non sono applicabili.

Articolo 2 - Definizioni

Le seguenti definizioni sono determinanti per le presenti condizioni speciali d'assicurazione:

2.1 Maternità

Concetto generale per la gravidanza e il parto, incluse complicazioni di ogni genere connesse con la gravidanza e il parto, fino a otto settimane dopo la nascita.

2.2 Fornitori di cure riconosciuti

I fornitori di cure riconosciuti sono i fornitori di cure riconosciuti da Assura SA che sono autorizzati a dispensare delle cure e dei trattamenti e che figurano sulla lista dei fornitori di cure riconosciuti. Può trattarsi in particolare di istituti ospedalieri riconosciuti, secondo l'articolo CSC, e di medici riconosciuti, secondo l'articolo 2.2.2 CSC.

2.2.1 Il termine «istituti ospedalieri riconosciuti» indica gli ospedali, le cliniche e le case per partorienti riconosciuti da Assura SA.

2.2.2 Il termine «medici riconosciuti» designa i medici riconosciuti da Assura SA, abilitati ad esercitare nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in conformità della LAMal, che esercitano in uno studio medico proprio, che curano i loro pazienti in modo stazionario in un istituto ospedaliero che figura nella lista degli istituti ospedalieri riconosciuti da Assura SA e che con tale istituto hanno stipulato un contratto di medico riconosciuto per l'esercizio della loro attività o sono stati accreditati dall'istituto ospedaliero stesso.

Articolo 3 - Ambito d'applicazione territoriale

Contrariamente a quanto previsto dagli art. 5.1, 5.3 e 5.4 delle CGA LCA, l'assicurazione è valida solo in Svizzera.

Articolo 4 - Evento assicurato

È assicurata la maternità che subentra durante il periodo di validità del contratto. Rimangono riservati gli articoli 6 CSC e 11 CGA LCA.

Articolo 5 - Prestazioni

A complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in conformità della LAMal, sono assicurate le seguenti prestazioni necessarie dal punto di vista medico. Le prestazioni secondo gli art. 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4 vengono fornite per ogni singola gravidanza.

5.1 Prestazioni stazionarie per la madre

Sono prese a carico le spese di degenza, cure e trattamenti, in una camera a un letto nel reparto privato di tutti gli istituti ospedalieri riconosciuti da Assura SA in Svizzera, dovuti a maternità.

Non è fornita alcuna prestazione per i trattamenti in seguito a malattie o infortuni che non sono in relazione con la maternità.

5.2 Parto ambulatoriale

Se il parto avviene in modo ambulatoriale in un istituto ospedaliero riconosciuto da Assura SA o a domicilio, Assura SA paga una tantum un importo forfettario pari a CHF 1'500. In caso di parti plurimi, l'importo forfettario viene versato solo una volta.

5.3 Prestazioni ambulatoriali per la madre

- Le spese sono assunte al 75%, fino a un contributo massimo di CHF 2'000, per ogni gravidanza e per le seguenti prestazioni:
- Test prenatale non invasivo (TPNI, test sanguigno della madre per l'identificazione di una eventuale trisomia 21, 13 o 18 del bambino). I costi del test sono presi a carico se per il bambino esiste, secondo la procedura di accertamento della Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia (SSGO), un comprovato rischio combinato di trisomia e se l'assicurazione obbligatoria delle cure secondo la LAMal non prende a carico il test.
- Esami di controllo durante la gravidanza (inclusa un'ecografia).
- Un esame di controllo medico necessario, legato alla maternità, da nove a dodici settimane dopo il parto.
- Un corso di preparazione al parto se riconosciuto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal.
- Un corso di ginnastica post-parto o un corso volto alla riabilitazione dopo il parto.
- Trasporto di emergenza medicalmente necessario legato alla maternità nel più vicino istituto ospedaliero che figura nella lista degli istituti riconosciuti.
- Indennità di allattamento di CHF 200 se il/i neonato(i) è (sono) allattato(i) durante sei mesi. Dev'essere presentato

un attestato di un medico, di un'ostetrica o di un centro di puericultura.

5.4 Prestazioni per neonati

Assura SA assume le spese di trattamenti medici e paramedici del/dei neonato(i) in buona salute a complemento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal nell'ambito dell'assicurazione «Materna Varia» della madre, a condizione che il neonato sia parimenti assicurato presso Assura-Basis SA. Queste prestazioni sono accordate solo per la durata della degenza della madre in un istituto ospedaliero riconosciuto, ma per un massimo di 10 giorni dalla nascita del neonato.

5.5 Tariffe

5.5.1 Le spese di degenza, cure e trattamenti presso e/o dispensati da un fornitore di cure riconosciuto, in particolare un istituto ospedaliero riconosciuto o un medico riconosciuto, sono assicurate fino a concorrenza delle tariffe riconosciute da Assura SA per convenzione tariffaria firmata o in base a tariffe massime stabilite da Assura SA tramite pubblicazione.

5.5.2 Sono determinanti le tariffe valide al momento del trattamento.

5.6 Lista dei fornitori di cure riconosciuti

5.6.1 Assura SA tiene una lista aggiornata dei fornitori di cure riconosciuti e/o non riconosciuti. Tale lista può essere richiesta dall'assicurato gratuitamente e in qualsiasi momento presso Assura SA o consultata sul sito www.assura.ch.

5.6.2 Assura SA unilateralmente può ridurre o ampliare la lista dei fornitori di cure riconosciuti e/o non riconosciuti in qualsiasi momento durante il periodo di validità del contratto. La modifica della lista non comporta alcun diritto di recesso per la persona assicurata.

5.6.3 È determinante la lista valida al momento del trattamento.

5.6.4 Non è fornita alcuna prestazione in caso di trattamento da parte di un fornitore di cure non riconosciuto, in particolare in caso di degenza in un istituto ospedaliero non riconosciuto. L'articolo 8 rimane riservato.

Articolo 6 - Termine di attesa

Le spese di maternità sono prese a carico dopo un termine di attesa di dodici mesi a partire dall'entrata in vigore dell'assicurazione «Materna Varia». Solo una volta trascorso tale termine le prestazioni di maternità sono prese a carico.

Articolo 7 - Limite di età

La presente assicurazione cessa automaticamente alla fine dell'anno in cui l'assicurata compie 50 anni.

Articolo 8 - Urgenza medica

Se a causa di un'urgenza medica nell'ambito dell'evento assicurato «maternità» la persona assicurata non è in grado di recarsi presso un fornitore di cure riconosciuto (istituto ospedaliero riconosciuto o medico riconosciuto), ha diritto al rimborso delle prestazioni che Assura SA avrebbe dovuto prendere a carico in condizioni normali. In tal caso, le prestazioni sono calcolate secondo le tariffe riconosciute da Assura SA dell'istituto ospedaliero riconosciuto più vicino.

Articolo 9 - Premio d'assicurazione

9.1 I premi d'assicurazione sono stabiliti in particolare a seconda dell'età e del Cantone di domicilio dell'assicurata.

9.2 L'adattamento dei premi in base all'età è effettuato il 1° gennaio dell'anno in cui l'assicurata compie 26, 31, 36, 41 e 46 anni.

9.3 L'adattamento dei premi in funzione del Cantone di domicilio è effettuato dal momento in cui l'assicurata cambia domicilio. Se l'assicurata omette di avvisare Assura SA o lo fa tardivamente, Assura SA può adattare il premio con effetto retroattivo.

9.4 In caso di aumento del premio in base all'età, l'art. 10 delle CGA LCA è applicabile.

9.5 In caso di aumento del premio legato a cambiamento di domicilio, l'assicurata ha il diritto di recedere dalla presente copertura assicurativa entro tre mesi dalla comunicazione del nuovo premio. La rescissione sarà effettiva il primo giorno del mese successivo al ricevimento della stessa.

Articolo 10 - Limite di copertura

In deroga all'art. 4.1.6 delle CGA LCA sono presi a carico i trattamenti inerenti alla conservazione o all'interruzione della gravidanza. Invece, **i metodi di procreazione assistita e le cure contro la sterilità** non sono coperti. Inoltre, non sono presi a carico i casi indicati all'art. 4 delle CGA LCA, in particolare i casi in relazione a **malattie mentali o nervose**.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattia complementare (con copertura sussidiaria dell'infortunio)

Medna

Assicurazione delle spese di medicine complementari praticate da medici

Edizione 07.2015

Articolo 1 - Le prestazioni

1.1 A condizione che tendano a dei fini diagnostici o terapeutici e nella misura in cui non sono prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le prestazioni garantite dalla presente categoria sono accordate in caso di ricorso dell'assicurato a dei trattamenti di medicina complementare prodigati da medici.

1.2 Previa deduzione di una franchigia di CHF 200 per anno civile, Assura SA rimborsa, a concorrenza di CHF 80 la seduta, le spese di trattamenti in ambulatorio prodigati secondo le terapie elencate all'articolo 2 e l'80% dei medicinali prescritti da medici nell'ambito delle terapie enunciate all'articolo 2, a concorrenza di un importo massimo previsto alla cifra 1.4 qui di seguito.

1.3 I medicinali prescritti nell'ambito delle terapie elencate all'articolo 2, non assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e rimborsati a titolo della presente categoria, devono essere registrati da Swissmedic.

1.4 Il totale lordo delle prestazioni assicurate a titolo dei medicinali ammonta a CHF 2'000 al massimo per anno civile.

Articolo 2 - Le terapie

2.1 I seguenti trattamenti di medicina complementare, prodigati da medici al beneficio del diploma federale e di una formazione di perfezionamento professionale riconosciuta dal Consiglio federale, conformemente alla LAMal, sono indennizzati a titolo della presente categoria:

- medicina antroposofica
- medicina cinese
- omeopatia
- terapia neurale
- fitoterapia

2.2 I seguenti trattamenti di medicina complementare, prodigati da medici al beneficio del diploma federale, a condizione che non si tratti di trattamenti o di corsi effettuati in gruppo, sono indennizzati a titolo della presente categoria:

- biorisonanza
- medicina ayurveda
- agopressione
- sofrologia
- training autogeno
- ipnosi medica

Per questi trattamenti, si deroga alla cifra 4.1.10 delle condizioni generali delle assicurazioni complementari (CGA).

Articolo 3 - Complementarietà

Nei limiti delle prestazioni definite agli articoli 1 e 2 di cui sopra, la presente categoria prende inoltre totalmente a carico l'eventuale franchigia relativa a delle prestazioni indennizzate parzialmente o totalmente da un'altra categoria assicurativa proposta da Assura SA.

Articolo 4 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto previsto all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti, così come le **malattie psichiche**, conformemente all'articolo 2.2 succitato. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Anche la **maternità** (ai sensi dell'art. 2.6 CGA e secondo i casi dell'art. 4.1.6 CGA) non è coperta.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare (con copertura sussidiaria degli infortuni)

Mondia

Assicurazione complementare per viaggi e vacanze

Edizione 07.2015

Articolo 1 - Scopo dell'assicurazione

1.1 Durante un soggiorno temporaneo all'estero di un assicurato, la cui durata non supera 45 giorni consecutivi, vengono assunte alla tariffa locale in vigore le spese delle cure scientificamente riconosciute ai sensi del diritto svizzero e sopraggiunte in caso d'urgenza, oltre alle prestazioni previste dalla LAMal, e a complemento delle assicurazioni concluse presso Assura SA e su riserva dell'articolo 5 qui di seguito.

1.2 L'assicurato che prevede un soggiorno temporaneo all'estero di una durata superiore a 45 giorni consecutivi e che desidera beneficiare delle prestazioni della presente categoria oltre a questo periodo iniziale, deve inoltrare una richiesta preliminare a Assura SA. Un'estensione della copertura alla durata effettiva del soggiorno potrà essere offerta.

Articolo 2 - Copertura della partecipazione messa a carico dell'assicurato a beneficio degli Accordi bilaterali sulla libera circolazione delle persone conclusi tra la Svizzera e l'UE, rispettivamente l'AELS

2.1 Su presentazione di una fattura dettagliata allestita da un fornitore di prestazioni esercitante in uno dei paesi dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), Assura SA assume ogni partecipazione pecuniaria sopportata dall'assicurato (franchigia, aliquota percentuale, ecc.), in applicazione della legislazione del paese di villeggiatura.

2.2 La prestazione offerta al precedente articolo 2.1 s'indirizza unicamente ai soli assicurati a beneficio degli Accordi bilaterali sulla libera circolazione delle persone conclusi tra la Svizzera e l'UE, rispettivamente l'AELS.

Articolo 3 - Spese di trasporto all'estero

All'estero, Assura SA assume le spese di un trasporto necessario dal profilo medico ed adattato alla situazione medica, a condizione che lo stato dell'assicurato non gli consenta d'utilizzare un mezzo di trasporto usuale pubblico o privato.

Articolo 4 - Assistenza all'estero e rimpatrio

4.1 Le spese d'assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alla convenzione d'assistenza turistica conclusa tra Assura SA e l'organo d'assistenza, le cui disposizioni fanno parte integrante delle presenti CSC.

4.2 L'assistenza e il rimpatrio sono garantiti per la durata effettiva del soggiorno all'estero.

Articolo 5 - Limitazione della copertura

5.1 Contrariamente a quanto previsto all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare, le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Anche la **maternità** (ai sensi dell'**art. 2.6 CGA** e secondo i casi dell'**art. 4.1.6 CGA**) non è coperta.

5.2 In complemento all'articolo 4 CGA, sono esclusi dalla presente categoria le malattie o gli infortuni preesistenti al momento della partenza dell'assicurato.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattia complementare (CSC) (con copertura sussidiaria dell'infortunio)

Mondia Plus

Assicurazione complementare per viaggi e vacanze

Edizione 06.2017

A. Assicurazione complementare delle cure

Articolo 1 - Lo scopo dell'assicurazione complementare delle cure

1.1 Per l'assicurato che prevede un soggiorno temporaneo all'estero (fuori dalla Svizzera), la cui durata non supera 45 giorni consecutivi, le prestazioni qui di seguito (art. 2-5) sono prese a carico, in caso d'urgenza. Rimane riservato l'art. 6 sottostante.

1.2 L'assicurato che prevede un soggiorno temporaneo all'estero di una durata superiore a 45 giorni consecutivi e che desidera beneficiare delle prestazioni qui di seguito (art. 2-5) elencate oltre questo periodo iniziale, deve presentare una richiesta preliminare presso Assura SA. Potrà, se del caso, essere proposta un'estensione della copertura alla durata effettiva del soggiorno temporaneo all'estero.

Articolo 2 - Spese di trattamento

2.1 Le spese di trattamenti scientificamente riconosciuti ai sensi della legge svizzera e verificatisi in caso di urgenza sono prese a carico alla tariffa locale in vigore, a complemento delle prestazioni previste dalla LAMal e a complemento delle assicurazioni concluse presso Assura SA; rimane riservato l'articolo 6 sottostante.

Articolo 3 - La copertura della partecipazione a carico dell'assicurato che beneficia degli Accordi bilaterali sulla libera circolazione delle persone conclusi tra la Svizzera e l'UE, rispettivamente l'AELS

3.1 Su presentazione di una fattura dettagliata emessa da un fornitore di prestazioni che esercita in uno dei paesi dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), Assura SA assume ogni partecipazione pecuniaria sostenuta dall'assicurato (franchigia, aliquota percentuale, ecc.), in applicazione della legislazione del paese di villeggiatura.

3.2 La prestazione offerta alla cifra 3.1 qui sopra concerne unicamente gli assicurati che beneficiano degli Accordi bilaterali sulla libera circolazione delle persone conclusi tra la Svizzera e l'UE, rispettivamente l'AELS.

Articolo 4 - Le spese di trasporto all'estero

All'estero, Assura SA assume le spese di un trasporto necessario dal profilo medico e adattato alla situazione medica, purché lo stato di salute dell'assicurato non permetta l'utilizzo di un mezzo di trasporto usuale pubblico o privato.

Articolo 5 - L'assistenza all'estero e il rimpatrio

5.1 Le spese d'assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alle condizioni di assistenza turistica che fanno parte integrante delle presenti CSC e che sono concluse tra Assura SA e l'organismo d'assistenza.

5.2 L'assistenza ed il rimpatrio sono garantiti per la durata effettiva del soggiorno all'estero.

Articolo 6 - La delimitazione della copertura

6.1 Contrariamente a quanto stabilito all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **affezioni già esistenti al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Non è altresì coperta la **maternità** (ai sensi dell'art. 2.6 CGA e secondo i casi dell'art. 4.1.6 CGA).

6.2 A complemento dell'articolo 4 CGA, le malattie o gli infortuni preesistenti al momento della partenza dell'assicurato, sono esclusi dalla presente categoria.

B. Assicurazione spese di annullamento

Articolo 7 - Scopi dell'assicurazione spese di annullamento

7.1 L'EUROPEA Assicurazione Viaggi SA (ERV o l'assicuratore) offre un'assicurazione spese di annullamento a tutti gli assicurati che dispongono di un'assicurazione malattia complementare Mondia Plus mediante un contratto collettivo d'assicurazione viaggi.

7.2 L'assicurazione è valida in tutto il mondo (Svizzera compresa), per tutti i viaggi la cui durata non supera 45 giorni consecutivi. Un viaggio di durata superiore a 45 giorni è coperto dalla presente assicurazione spese di annullamento se Assura SA ha accordato un'estensione della copertura conformemente all'art. 1.2 del capitolo A delle Condizioni speciali per l'assicurazione malattia complementare Mondia Plus.

7.3 La copertura d'assicurazione interviene durante tutta la durata di validità dell'assicurazione malattia complementare Mondia Plus.

Articolo 8 - Eventi assicurati - Protezione viaggio e protezione svaghi

8.1 L'ERV accorda la sua copertura d'assicurazione quando la persona assicurata deve rinunciare in tutto o in parte alla prestazione del viaggio o dello svago prenotata, a causa di un evento menzionato qui di seguito avvenuto dopo la conclusione dell'assicurazione:

8.1.1 malattia grave ed imprevista, lesione personale grave, o decesso:

- a) della persona assicurata;
- b) della persona che partecipa al viaggio o alla prestazione svago;
- c) della persona che non partecipa al viaggio o alla prestazione svago e che è molto legata all'assicurato;
- d) del sostituto diretto del posto di lavoro se, in questo caso, la presenza della persona assicurata sul luogo di lavoro è indispensabile.

8.1.2 scioperi (su riserva della partecipazione attiva) lungo il tragitto previsto all'estero, disordini di ogni tipo, una quarantena, delle epidemie o dei danni causati dalle forze della natura nel paese di destinazione del viaggio, se mettono concretamente in pericolo la vita ed i beni della persona assicurata.

8.1.3 grave danno ai beni al domicilio della persona assicurata causato da incendio, fenomeni naturali, furto o acqua, che necessita la sua presenza nel luogo di domicilio.

8.1.4 il mancato funzionamento o il ritardo dovuto ad un guasto tecnico di un mezzo di trasporto pubblico necessario per recarsi sul luogo di partenza ufficiale dal paese di domicilio (aeroporto, stazione di partenza, porto o luogo d'imbarco col pullman).

8.1.5 il mancato funzionamento (veicolo fuori uso) in seguito ad un incidente o ad un guasto del veicolo privato o del taxi utilizzato durante il tragitto che conduce alla destinazione del viaggio. Rimangono esclusi i problemi dovuti alla mancanza di carburante o legati alle chiavi.

8.1.6 Se, nei 30 giorni che precedono la partenza, la persona assicurata è assunta inaspettatamente in un rapporto di lavoro permanente (le promozioni, ecc. ne sono escluse) presso un nuovo datore di lavoro o se il contratto di lavoro della persona assicurata è disdetto dal suo datore di lavoro senza che una colpa possa esserle imputabile.

8.1.7 Conflitti o atti di terrorismo, durante 14 giorni dall'inizio dell'evento e purché la persona assicurata sia stata sorpresa da tali eventi all'estero.

8.1.8 In caso di furto di titoli di trasporto, di passaporto o di carta d'identità.

8.2 Se la persona che provoca l'annullamento a causa di un evento assicurato non è né parente né parente affine della persona assicurata, è possibile un indennizzo solamente se la persona assicurata avrebbe dovuto effettuare il viaggio da sola.

Articolo 9 - Prestazioni assicurate - protezione del viaggio

9.1 L'evento che provoca l'annullamento, il ritardo dell'inizio o il rientro anticipato della prestazione di viaggio è determinante per la valutazione del diritto alle prestazioni. Gli eventi anteriori o ulteriori non sono presi in considerazione.

9.2. Annullamento

9.2.1 L'ERV rimborsa le spese di annullamento effettive (tasse per la sicurezza e tasse aeroportuali escluse) a seguito dell'evento assicurato.

9.2.2 La prestazione totale è limitata al prezzo dell'arrangiamento o alla somma assicurata (art. 9.5). Le tasse amministrative ricorrenti o sproporzionate non sono assicurate.

9.3 Inizio del viaggio ritardato

9.3.1 L'ERV rimborsa le spese supplementari dovute all'inizio del viaggio ritardato se il viaggio non può essere intrapreso all'orario previsto a causa dell'evento assicurato.

9.3.2 Questa prestazione è limitata per evento al prezzo del viaggio o al massimo a CHF 5'000 per persona. Nel caso in cui delle spese supplementari siano oggetto di una richiesta di presa a carico, il diritto alle spese di annullamento secondo l'art. 9.2 è soppresso.

9.4 Rientro anticipato

L'ERV paga i costi supplementari dovuti ad un rientro anticipato e rimborsa i costi del soggiorno non utilizzato (senza spese di trasporto) a causa dell'evento assicurato in modo proporzionale.

- a) le spese supplementari dovute ad un viaggio di ritorno non previsto in 1^a classe in treno e in classe economica in aereo;
- b) le spese che corrispondono alla parte non utilizzata del soggiorno (senza le spese del viaggio di ritorno inizialmente riservato). Questa prestazione è limitata al costo del viaggio o alla somma assicurata secondo l'art. 9.5.

9.5 Limite della prestazione

Le prestazioni sono limitate al massimo a CHF 15'000 per evento e a due eventi l'anno.

Articolo 10 - Prestazioni assicurate - protezione svaghi

10.1 L'evento che provoca l'annullamento della prestazione di svago è determinante per la valutazione del diritto alle prestazioni. Gli eventi anteriori o ulteriori non sono presi in considerazione. Una prestazione svago è un'attività limitata ad una giornata senza pernottamento che implica il pagamento dell'entrata o di spese di partecipazione, come un'escursione di un giorno, un corso di formazione continua, un biglietto di spettacolo, un forfait per lo sci, le spese d'iscrizione ad un evento sportivo, ecc.

10.2 Annullamento

L'ERV rimborsa le spese di annullamento sostenute a causa dell'evento assicurato, ma al massimo il prezzo della prestazione svago corrispondente, e in nessun caso un importo superiore alla somma assicurata (art. 10.3).

10.3 Limite della prestazione

Le prestazioni nell'ambito della protezione svaghi sono limitate a CHF 100 l'anno.

Articolo 11 - Delimitazione della copertura

Sono escluse tutte le prestazioni:

11.1 Enumerate al capitolo A, art. 6 delle Condizioni speciali per l'assicurazione complementare per viaggi e vacanze Mondia Plus;

11.2 Quando il fornitore di servizi (operatore turistico, locatore, organizzatore, ecc.) annulla la prestazione convenuta o avrebbe dovuto annullarla per motivi oggettivi;

11.3 In caso di annullamento che riguarda le disposizioni dell'art. 8.1.1 senza indicazione medica e se nel corso di un accertamento il più immediato possibile dell'incapacità di viaggiare non è stato emesso alcun certificato medico;

11.4 Gli eventi dovuti a malattie e ad infortuni che non sono stati constatati da un medico e giustificati mediante un certificato medico al momento in cui si sono verificati;

11.5 Gli eventi oggetto di una dichiarazione fatta da una persona (esperto, medico, ecc.) che è parente o parente affine della persona assicurata e che potrebbe favorire la persona assicurata;

11.6 Conseguenti ad un rapimento;

11.7 Conseguenti ad una decisione presa dalle autorità (carcerazione o divieto di uscire dal territorio, chiusura dello spazio aereo, ecc.);

11.8 Dovute alla guida di un'automobile o di un battello senza possedere la licenza che la legge esige o senza essere accompagnato conformemente alle prescrizioni legali.

Articolo 12 - Surrogazione e sussidiarietà

12.1 L'ERV è subrogata fino a concorrenza delle prestazioni versate in tutti i diritti di Assura SA, rispettivamente della persona assicurata, nei confronti di terzi.

12.2 Le prestazioni secondo le presenti condizioni sono erogate in forma sussidiaria ad ogni assicurazione pubblica od obbligatoria esistente.

Articolo 13 - Sinistro

13.1 In caso di sinistro riferirsi al documento allegato alle presenti condizioni. Può accedere a tutte queste informazioni e scaricare i moduli di annuncio di sinistro anche dal sito www.assura.ch

13.2 La persona assicurata deve prendere tutte le misure necessarie, prima e dopo il sinistro, al fine di evitare o di attenuare le conseguenze del sinistro e di delucidarne le circostanze.

13.3 L'assicuratore deve ricevere immediatamente le informazioni richieste, i documenti necessari e gli estremi bancari (IBAN del conto bancario o postale) – se non disponiamo di queste indicazioni, le spese di bonifico di CHF 20 sono a carico della persona assicurata.

13.4 In caso di malattia o d'infortunio, è necessario consultare immediatamente un medico, informarlo del viaggio previsto e di seguire le sue prescrizioni. La persona assicurata/l'avente diritto deve svincolare i medici che l'hanno trattata(o) dal segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.

13.5 In presenza di violazione colpevole degli obblighi in caso di sinistro, l'assicuratore è autorizzato a ridurre la sua indennità proporzionalmente all'importo al quale essa sarebbe stata ridotta se gli obblighi fossero stati osservati.

13.6 Nessuna prestazione dell'assicuratore è esigibile se si dichiarano intenzionalmente dei fatti inesatti, se si tacciono dei fatti o se l'assicurato omette di adempiere i propri obblighi (in particolare rapporto di polizia, verbale di constatazione, conferma e ricevute), arrecando pregiudizio all'assicuratore.

Articolo 14 - Relazione tra Assura SA e ERV

14.1 In deroga all'art. 20 delle CGA, il foro giuridico per ogni pretesa derivante dalla presente assicurazione spese d'annullamento di viaggio è o la sede dell'EUROPEA Assicurazione Viaggi SA a Basilea, o il domicilio svizzero della persona assicurata.

14.2 Assura SA si riserva il diritto di cambiare in qualsiasi momento il partner per il rischio delle spese di annullamento. In tal caso, nella misura del possibile, le prestazioni enumerate qui sopra saranno mantenute.

14.3 In caso di cambiamento di partner per il rischio delle spese di annullamento, Assura SA notificherà per iscritto alla persona assicurata, almeno 30 giorni prima del cambiamento effettivo di partner, tutte le informazioni utili in merito alle prestazioni e al nuovo fornitore di prestazioni (nominativo, dati di contatto in caso di sinistro) e le CSC. La persona assicurata ha quindi il diritto di disdire il contratto, ma unicamente per la categoria Mondia Plus. Tale disdetta dev'essere inoltrata per iscritto e Assura SA deve riceverla al più tardi il giorno che precede l'effettivo cambiamento di fornitore.

Articolo 15 - Glossario

15.1 Spese di annullamento

Se il viaggiatore si ritira dal contratto, l'operatore turistico perde il suo diritto al prezzo del viaggio concordato. Può tuttavia richiedere un indennizzo appropriato. L'importo di predetto indennizzo dipende dal costo del viaggio previa deduzione del valore delle spese risparmiate dall'operatore turistico e da quello che potrà ottenere da un altro utilizzo delle prestazioni di viaggio.

15.2 Danni causati da fenomeni naturali

Fenomeno naturale, imprevisto e repentino avente carattere di catastrofe. L'evento causa del danno è generato da fenomeni geologici o meteorologici.

15.3 Epidemia

Un'epidemia è una malattia infettiva che colpisce un numero molto elevato di persone in un periodo e in una zona geografica circoscritti (ad es. influenza).

15.4 Mezzi di trasporto pubblico

I mezzi di trasporto pubblico sono tutti i veicoli aerei, terrestri o nautici autorizzati per il trasporto pubblico di persone. Non sono considerati come mezzi di trasporto pubblico i mezzi di trasporto utilizzati per delle escursioni nonché le automobili a noleggio o i taxi.

15.5 Prestazioni di viaggio

Sono considerate come prestazioni di viaggio segnatamente la prenotazione di un volo, di un viaggio in battello, in pullman o in treno, di un trasferimento in pullman o di un altro mezzo di trasporto in un luogo di villeggiatura e ritorno, e/o la prenotazione in loco di una camera d'albergo, di un appartamento di vacanza, di un camper, di una chiatta abitabile o il charter di uno yacht.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare (con copertura sussidiaria degli infortuni)

Natura

Assicurazione complementare delle spese per le medicine alternative

Edizione 07.2015

Articolo 1 - Campo delle prestazioni

1.1 A condizione che tendano a degli scopi diagnostici o terapeutici, le prestazioni garantite dalla presente categoria sono accordate all'assicurato in caso di ricorso a delle cure prestate da terapeuti non autorizzati a praticare a titolo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1.2 Previa deduzione di una franchigia di CHF 200, Assura SA rimborsa il 90% delle spese delle cure ambulatoriali prestate secondo i metodi elencati nell'allegato consegnato all'assicurato alla conclusione del contratto. Queste prestazioni sono accordate secondo le disposizioni tariffarie indicate nell'allegato precitato.

1.3 Sono riconosciuti quali terapeuti, ai sensi della presente categoria d'assicurazione, i fornitori di prestazioni che possono giustificare una formazione adeguata e che sono membri di un'associazione professionale riconosciuta da Assura SA.

1.4 Se la cura intrapresa presso un terapeuta non porta alla guarigione dopo un numero di sedute stipulato nel precitato allegato, il trattamento può continuarsi unicamente mediante un'autorizzazione esplicita di Assura SA.

Articolo 2 - Bonus

Se, durante 5 anni, Assura SA non ha dovuto versare alcuna prestazione per le spese di cura in oggetto, la franchigia prevista all'articolo 1.2 qui sopra non è percepita per la prima cura effettuata posteriormente a questo periodo.

Articolo 3 - Documenti giustificativi

Per pretendere il rimborso delle spese di cura, l'assicurato deve fornire una nota d'onorario o una fattura debitamente allestita dal terapeuta che deve menzionare la causa e la natura delle terapie prestate, come pure le date e la durata delle consultazioni.

Articolo 4 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto previsto all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **malattie psichiche**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Anche la **maternità** (ai sensi dell'art. 2.6 CGA e secondo i casi dell'art. 4.1.6 CGA) non è coperta.

Natura - Allegato alle condizioni speciali

A. TERAPIE AMMESSE (ARTICOLO 1.2 CSC)

- Agopressione
- Agopuntura
- Aromaterapia
- Biorisonanza
- Chinesiologia
- Drenaggio linfatico
- Etiopatia
- Faccialterapia-pulsologia
- Fitoterapia
- Iridologia
- Medicina cinese
- Mesoterapia
- Omeopatia
- Orthobionomy
- Osteopatia
- Riflessologia
- Serocitoterapia
- Shiatsu
- Simpatoterapia
- Sofrologia curativa
- Terapia cranio-sacrale
- Terapia neurale

Unicamente previa prescrizione medica:

- Eurythmia curativa
- Eutonia

B. ASSOCIAZIONI E TERAPEUTI RICONOSCIUTI (ARTICOLO 1.3 CSC)

- ASCA, Fondation pour la reconnaissance et le développement des thérapies alternatives et complémentaires
ASCA, Stiftung zur Anerkennung und Entwicklung der Alternativ- und Komplementärmedizin
ASCA, Fondazione per il riconoscimento e lo sviluppo delle terapie alternative e complementari
Titolo richiesto: pratica di una terapia che figura all'articolo 1.2 CSC qui sopra
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTn)
- Naturärzte – Vereinigung der Schweiz (NVS)
Titolo richiesto: diploma membro A
- Associazione ticinese naturopati & terapisti (ATNT)
Titolo richiesto: membro A
- Schweizer Verband der approbierten Naturärzt-Innen und NaturheilpraktikerInnen (SVANAH)
Titolo richiesto: membro A

- Verband energetische Therapie (VeT)
Titolo richiesto: membro A
 - Internationaler Therapeutenverband Akupunkt-Massage nach Penzel, Sektion Schweiz
Titolo richiesto: membro A
 - Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (agopuntura)
Titolo richiesto: diploma o dottorato
 - Association internationale de drainage lymphatique manuel (AIDMOV)
Titolo richiesto: certificato terapeutico
 - Fédération suisse des ostéopathes (FSO)
Schweizerischer Verband des Osteopathen (SVO)
Federazione svizzera degli osteopati (FSO)
Titolo richiesto: membro ordinario
 - Association genevoise d'ostéopathie (AGO)
Titolo richiesto: diploma
 - Association suisse des ostéopathes (ASO)
Titolo richiesto: certificato di studi superiori di biomeccanica
 - Foederatio Osteopathicum Helveticorum (FOH)
Fédération des ostéopathes suisses
Verbindung der Schweizer Osteopathen
Federazione degli osteopati svizzeri
Titolo richiesto: diploma della Scuola d'osteopatia di Belmont
 - Registre des ostéopathes de la Confédération helvétique (ROCH)
Titolo richiesto: diploma
 - Registre suisse des ostéopathes (RSO)
Schweizerische Register der Osteopathen
Registro Svizzero degli Osteopati
Titolo richiesto: diploma o dottorato
 - Société suisse des physiothérapeutes diplômés en ostéopathie (SSPDO)
Titolo richiesto: diploma in fisioterapia e osteopatia
 - Swiss Association of Osteopathic Medicine (SAOM)
Schweizer Verband für Osteopathie
Association suisse de la médecine ostéopathique
Titolo richiesto: membro A
 - Association professionnelle suisse méthode Danis Bois (APSMDB)
Titolo richiesto: membro attivo
 - Homöopathie Verband Schweiz (HVS)
Titolo richiesto: membro attivo
 - Verband Klassischer HomöopathInnen (VKH)
 - Association des Homéopathes Unicistes (AHU)
 - Associazione degli Omeopati Classici (AOC)
 - Association for Classical Homeopaths (ACH)
Titolo richiesto: membro A
 - KineSuisse
Titolo richiesto: membro A
 - Association professionnelle suisse de kinésiologie (I-ASK)
Schweizerischer Berufsverband für Kinesiologie
Associazione professionale svizzera di chinesiologia
Titolo richiesto: diploma membro A
 - Association professionnelle suisse des kinésologues (APSK)
Schweizerischer Berufsverband des Kinesiologinnen und Kinesiologen (SBVK)
Associazione professionale svizzera dei chinesologi
Titolo richiesto: formazione gradi 3 e 4
 - Association professionnelle suisse romande de kinésiologie (APSRK)
- Titolo richiesto: formazione grado 3
- Schweizerischer Verband Nicht-Medizinische Kinesiologie (SVNMK)
Association Suisse pour la Kinésiologie non médicale (ASKNM)
Associazione Svizzera della Kinesiologia non medicinale (ASKNM)
Titolo richiesto: membro A
 - Association mondiale de médecine traditionnelle chinoise, branche helvétique (AMMTCH)
Titolo richiesto: membro A
 - Fédération de médecine chinoise (FMC)
Titolo richiesto: membro attivo
 - Organisation professionnelle suisse de médecine traditionnelle chinoise (OPS-MTC)
Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin (SBO-TCM)
Organizzazione professionale svizzera della medicina tradizionale cinese (OPS-MTC)
Titolo richiesto: membro A
 - Association suisse d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Associazione svizzera d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Schweizerischer Verband für Ortho-Bionomy (SVOB)
Titolo richiesto: membro A
 - Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titolo richiesto: diploma d'infermiere e certificato di riflessologo
 - Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen – Massage (SVFM)
Titolo richiesto: diploma d'infermiere e dell'associazione
 - Verband Reflexzonentherapie am Fuss (VRZF)
Titolo richiesto: membro A
 - Shiatsu Gesellschaft Schweiz (SGS)
Titolo richiesto: membro A
 - Association suisse des sophrologues caycédiens agréés
Titolo richiesto: diploma in sofrologia medica
 - Sophrologues issus de l'Ecole de sophrologie de Genève
Titolo richiesto: diploma di sofrologia medica terapeutica o educativa
 - Verband diplomierter Heileurythmisten in der Schweiz (HEBV)
Association suisse des eurythmistes thérapeutiques diplômés
Titolo richiesto: membro A
 - Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titolo richiesto: diploma
 - Associazione Svizzera per la Terapia Craniosacrale (Cranio Suisse)
Titolo richiesto: membro che pratica la terapia craniosacrale
 - Schweizerische Gesellschaft für Bioresonanztherapie (SGBT)
- A titolo individuale, sono ugualmente riconosciuti i chiropratici, fisioterapisti, ergoterapisti infermieri e infermiere autorizzati a praticare che beneficiano inoltre di una formazione specializzata perlomeno equivalente a quella richiesta dalle associazioni professionali precitate.

C. ENTITÀ DEL RIMBORSO (ARTICOLO 1.2 CSC)

Previa deduzione di una franchigia annua di CHF 200, Assura SA assume al massimo il 90% degli importi seguenti:

Prima consultazione/bilancio della salute:

- fino a 30 minuti CHF 50
- per ogni ¼ d'ora supplementare CHF 20
- totale massimo CHF 130

Consultazioni/sedute ulteriori:

- fino a 30 minuti CHF 50
- per ogni ¼ d'ora supplementare CHF 20
- massimo per seduta CHF 110

Esami di laboratorio e rimedi prescritti:

Massimo annuo: CHF 800

Durata della cura e cambiamento di terapeuta

Senza previa richiesta, Assura SA garantisce ogni anno l'assunzione di al massimo 12 consultazioni o sedute.

Ogni seduta supplementare e/o proseguimento della cura oltre un anno, come pure nel caso di cambiamento del terapeuta, devono essere autorizzati in anticipo da Assura SA.

Assura SA

NB: le spese consecutive alle cure prestate a scopo essenzialmente preventivo, di mantenimento o di comfort, sono escluse da questa copertura d'assicurazione.

Condizioni speciali per l'assicurazione malattia complementare (con copertura sussidiaria dell'infortunio)

Optima Flex Varia

Assicurazione complementare per l'ospedalizzazione con scelta del reparto
(privato, semiprivato o comune) in una lista di fornitori di cure riconosciuti

Edizione 09.2019

Articolo 1 - Scopo dell'assicurazione e principi

1.1 L'assicurazione Optima Flex Varia copre, in base alle condizioni qui di seguito, le conseguenze economiche di un trattamento ospedaliero stazionario dovuto ad una malattia o ad un infortunio e avvenuto durante la durata contrattuale dell'assicurazione.

1.2 L'assicurato può scegliere liberamente, per ogni trattamento ospedaliero stazionario, in quale reparto (privato, semiprivato o comune) di un istituto **riconosciuto** da Assura SA intende farsi curare e paga una partecipazione ai costi che varia a seconda del reparto scelto.

1.3 La presa a carico di un trattamento ospedaliero stazionario e delle cure mediche ai sensi della presente assicurazione è assunta senza limite di durata.

1.4 È considerato come un unico trattamento ospedaliero stazionario un soggiorno ininterrotto presso uno o diversi istituti ospedalieri riconosciuti (soggiorno di rieducazione compreso).

1.5 La copertura del rischio «infortuni» può essere inclusa contrattualmente mediante un sovrappremio. Se la copertura del rischio «infortuni» non è stata sottoscritta, le prestazioni della presente assicurazione non sono concesse per un trattamento ospedaliero stazionario relativo ad un infortunio o ad i suoi postumi (segnatamente in caso di ricaduta o di effetto tardivo). L'assicurato che desidera includere il rischio «infortuni» durante il periodo contrattuale deve compilare un questionario medico fornito da Assura SA, la quale si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la copertura del rischio, di richiedere un esame medico presso il suo medico di fiducia, o di emettere delle riserve.

1.6 Per il resto, le condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare di Assura SA sono applicabili nella misura in cui le presenti condizioni speciali non vi derogano.

Articolo 2 - Condizioni di presa a carico

2.1 L'assicurato che dev'essere ricoverato informa Assura SA per iscritto, **prima del ricovero**, in quale reparto desidera soggiornare. L'informazione dev'essere comunicata ad Assura SA al più tardi il giorno che precede l'inizio dell'ospedalizzazione o, in caso di urgenza, al più tardi il giorno dell'ammissione.

2.2 In mancanza di scelta previamente formulata **chiaramente e per iscritto**, l'assicurato può pretendere unicamente la presa a carico di un'ospedalizzazione in reparto comune. Lo stesso vale se, per motivi medici, al momento della sua ammissione la persona assicurata non è in grado di scegliere in quale reparto vuole essere ricoverata.

2.3 Le prestazioni sono versate solamente in caso di trattamento ospedaliero stazionario necessario dal punto di vista medico, a condizione che sia **efficace, appropriato ed economico**.

2.4 Spetta all'assicurato informarsi, prima dell'ospedalizzazione, se il fornitore di cure che ha scelto è riconosciuto dall'assicuratore ai sensi dell'art. 7 qui di seguito.

2.5 **Le prestazioni sono versate esclusivamente se interviene un'assicurazione sociale (in particolare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal o l'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF) e a suo complemento.**

2.6 L'assicurazione non copre le partecipazioni ai costi che spettano all'assicurato secondo la LAMal (aliquota percentuale, franchigia e contributo alle spese di soggiorno).

2.7 L'assicurazione è sussidiaria alla partecipazione cantonale alle spese di ospedalizzazione dovute in virtù della LAMal.

Articolo 3 - Cure durante l'ospedalizzazione

3.1 Assura SA assume la presa a carico degli atti medici e paramedici necessari all'assicurato durante l'ospedalizzazione se sono prodigati da un fornitore di cure riconosciuto da Assura SA.

3.2 Se l'assicurato non si avvale di un fornitore di cure riconosciuto da Assura SA, le spese di trattamento non coperte da un'assicurazione sociale sono rimborsate fino a concorrenza di al massimo CHF 300 al giorno.

Articolo 4 - Soggiorno ospedaliero

4.1 Assura SA assume la presa a carico del soggiorno ospedaliero e delle spese a carattere medico e paramedico forfetarie fatturate da un istituto ospedaliero riconosciuto, in base al reparto scelto dall'assicurato prima del soggiorno.

4.2 Per gli istituti ospedalieri non riconosciuti, le spese alberghiere non prese a carico da un'assicurazione sociale sono coperte fino a concorrenza di un importo massimo di CHF 200 al giorno.

Articolo 5 - Partecipazioni ai costi e indennità

5.1 A seconda del reparto scelto per il trattamento ospedaliero stazionario, l'assicurato partecipa ai costi con i seguenti importi:

Reparto scelto	Partecipazione dell'assicurato
Reparto comune	CHF 0
Reparto semiprivato	CHF 100 al giorno durante al massimo 15 giorni per anno civile
Reparto privato	CHF 300 al giorno durante al massimo 15 giorni per anno civile

5.2 Se durante un anno civile l'assicurato subisce più trattamenti ospedalieri stazionari in reparti diversi, le partecipazioni dovute per il reparto semiprivato e privato sono cumulate fino ad un importo massimo di CHF 4'500.

5.3 L'assicurato ricoverato in reparto comune di un istituto riconosciuto può beneficiare di un'indennità giornaliera di ospedalizzazione di CHF 250, durante al massimo 15 giorni per anno civile, **a condizione che ne faccia richiesta per iscritto ad Assura SA prima della sua ospedalizzazione o al più tardi entro tre mesi dalla fine della sua ospedalizzazione.**

5.4 Nel calcolo del numero di giorni di ospedalizzazione sottoposti a partecipazione, i giorni di entrata e di uscita, se fatturati dall'istituto ospedaliero, sono considerati come giorni interi.

5.5 In caso di ricorso a dei fornitori di cure non riconosciuti ai sensi degli articoli 3.2 e 4.2, non è prelevata alcuna partecipazione ai sensi dell'articolo 5.1 e non è versata nessuna indennità ai sensi dell'articolo 5.3.

Articolo 6 - Trattamenti all'estero

6.1 In deroga all'articolo 2.4, mediante accordo preliminare di Assura SA, essa può partecipare alle spese di un'ospedalizzazione all'estero fino a concorrenza di un importo massimo CHF 500 al giorno, durante due giorni al massimo, a condizione che non intervenga nessuna assicurazione sociale. In questo caso, non è prelevata nessuna partecipazione ai sensi dell'articolo 5.1 e non è versata nessuna indennità ai sensi dell'articolo 5.3.

6.2 Le ospedalizzazioni in urgenza all'estero non sono coperte dalla presente assicurazione.

Articolo 7 - Lista dei fornitori di cure riconosciuti

7.1 Solo i fornitori di cure riconosciuti da Assura SA sono autorizzati a prodigare delle cure, dei trattamenti o ad accogliere dei pazienti. A tale scopo, l'assicuratore si impegna a consegnare all'assicurato una lista aggiornata dei **fornitori di cure riconosciuti (in particolare istituti ospedalieri e/o medici)**. La lista può essere inoltre ottenuta gratuitamente in qualsiasi momento presso Assura SA.

7.2 Assura SA può modificare la lista dei fornitori di cure riconosciuti durante il periodo contrattuale. Entro un termine di un mese a partire dal momento in cui è stato informato di una modifica della lista dei fornitori riconosciuti, l'assicurato può chiedere di estendere la sua copertura di assicurazione alla categoria di assicurazione complementare «Ultra Varia», senza compilare il questionario medico, mediante il corrispondente adattamento del premio.

Articolo 8 - Premio di assicurazione

8.1 I premi di assicurazione sono definiti in base all'età, al cantone di domicilio ed al sesso dell'assicurato.

8.2 L'adattamento del premio in base all'età è effettuato il 1° gennaio dell'anno in cui l'assicurato compie 6, 11, 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86, 91, 96 anni.

8.3 L'adattamento del premio in funzione del domicilio è effettuato dal momento in cui l'assicurato cambia domicilio. Se l'assicurato omette di avvisare Assura SA o lo fa tardivamente, Assura SA può adattare il premio con effetto retroattivo.

8.4 In caso di aumento del premio in base all'età, è applicabile l'articolo 10 delle condizioni generali.

8.5 In caso di aumento del premio in base al domicilio, l'assicurato ha il diritto di disdire la presente copertura assicurativa al più tardi entro tre mesi dall'avviso del nuovo premio; la dimissione sarà effettiva il 1° giorno del mese successivo al ricevimento della disdetta.

Articolo 9 - Delimitazione della copertura

Contrariamente a quanto stabilito all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), sono coperti i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione**. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **affezioni già esistenti al momento della firma della proposta di assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta di assicurazione**, le **malattie psichiche**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Non è altresì coperta la **maternità** (ai sensi dell'art. 2.6 CGA e secondo i casi dell'art. 4.1.6 CGA).

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattia complementare (con copertura sussidiaria dell'infortunio)

Optima Plus Varia

Assicurazione complementare per l'ospedalizzazione nel reparto privato o in clinica con limitazione della scelta dell'istituto ospedaliero e premio evolutivo secondo l'età effettiva dell'assicurato

Edizione 07.2015

Articolo 1 - Cure ospedaliere (camera ad un letto)

1.1 In caso di degenza nel reparto privato di un istituto ospedaliero riconosciuto da Assura SA e a complemento delle prestazioni prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'assicuratore assume, ai sensi degli articoli 2 e 3 qui di seguito, le spese di cura e di soggiorno ospedaliero.

1.2 La cura e il soggiorno sono assunti senza limiti di durata.

1.3 L'assicurato deve farsi curare in un istituto ospedaliero o in un reparto ospedaliero corrispondente al tipo di cure di cui necessita. In caso contrario, le prestazioni sono calcolate conformemente alle tariffe dell'ospedale pubblico adeguato più vicino al suo luogo di domicilio.

1.4 Questa categoria d'assicurazione non si estende agli obblighi d'assunzione, da parte dei cantoni, ai sensi della LAMal, delle spese ospedaliere e semiospedaliere al di fuori del luogo di residenza dell'assicurato.

1.5 Quando un assicurato sceglie liberamente di soggiornare, al posto della divisione privata, nel reparto comune di un istituto ospedaliero o di un istituto sovvenzionato dai poteri pubblici, Assura SA gli accorda un'indennità giornaliera di ospedalizzazione di CHF 100, ma al massimo un importo di CHF 1'000.

Articolo 2 - Cure mediche

2.1 Assura SA assume gli atti medici e paramedici necessari all'assicurato durante la sua ospedalizzazione, quando sono prestati da un fornitore di prestazioni riconosciuto.

2.2 Se l'assicurato non ricorre a un fornitore di prestazioni riconosciuto da Assura SA, le spese di cura vengono rimborsate fino a CHF 300 al giorno.

2.3 Le spese a carattere paramedico fatturate forfaitariamente sono assunte nell'ambito del soggiorno ospedaliero (cf. infra art. 3).

Articolo 3 - Soggiorno ospedaliero

3.1 Assura SA assume le spese del soggiorno ospedaliero (camera ad un letto) e le spese a carattere medico forfaitarie fatturate da un istituto ospedaliero riconosciuto.

3.2 Per gli istituti ospedalieri non riconosciuti, le spese alberghiere sono coperte fino a concorrenza di CHF 300 al giorno.

Articolo 4 - Spese di sorveglianza speciale

Assura SA assume le spese cagionate da una sorveglianza speciale in caso di ospedalizzazione fino a concorrenza di una fatturazione per anno civile di CHF 1'000.

Articolo 5 - Cure all'estero

Su accordo preliminare di Assura SA e del suo medico di fiducia, la cura all'estero è assunta unicamente quando il suo costo è inferiore a quello fatturato conformemente alla tariffa privata usuale applicabile nel cantone di domicilio dell'assicurato.

Articolo 6 - Assistenza all'estero e rimpatrio

Le spese d'assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alla convenzione d'assistenza turistica conclusa tra Assura SA e l'organo d'assistenza, le cui disposizioni fanno parte integrante delle presenti CSC.

Articolo 7 - Lista dei fornitori di prestazioni riconosciuti

7.1 Ritenuto che le prestazioni della presente categoria d'assicurazione sono garantite in natura e non in contanti, solo i fornitori di prestazioni riconosciuti da Assura SA possono essere chiamati a prestare delle cure o ad accogliere dei pazienti. A tale effetto, l'assicuratore s'impegna a consegnare all'assicurato una lista aggiornata dei fornitori di prestazioni riconosciuti.

7.2 Entro il termine di un mese a partire dal momento in cui l'assicurato è venuto a conoscenza di una modifica della lista dei fornitori di prestazioni riconosciuti, egli può domandare che la sua copertura assicurativa venga estesa alla categoria d'assicurazione complementare Ultra Varia, mediante l'adattamento corrispondente del suo premio.

Articolo 8 - Urgenza e necessità medica

L'assicurato che non è in grado di scegliere un fornitore di prestazioni per motivi di urgenza o di necessità medica può pretendere il rimborso delle prestazioni a concorrenza di quanto Assura SA avrebbe assunto in circostanze normali.

Articolo 9 - Premio assicurativo

9.1 A deroga dell'articolo 12 CGA, il premio assicurativo varia in funzione dell'età effettiva dell'assicurato.

9.2 L'adattamento del premio avviene il 1° gennaio dell'anno in cui l'assicurato compie l'età di 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 e 91 anni.

Articolo 10 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto previsto all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **malattie psichiche**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Anche la **maternità** (ai sensi dell'**art. 2.6 CGA** e secondo i casi dell'**art. 4.1.6 CGA**) non è coperta.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattia complementare (con copertura sussidiaria dell'infortunio)

Optima Varia

Assicurazione complementare delle spese ospedaliere nel reparto privato o in clinica, con limitazione della scelta dell'istituto ospedaliero e premio evolutivo secondo l'età effettiva dell'assicurato

Edizione 07.2015

Articolo 1 - Cure ospedaliere (camera a due letti)

1.1 Nel reparto privato di un istituto ospedaliero riconosciuto da Assura SA e a complemento delle prestazioni prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'assicuratore assume, ai sensi degli articoli 2 e 3 qui di seguito, le spese di cura e di soggiorno. Il termine di «semiprivato» deve essere applicato quando l'istituto utilizza questa nozione.

1.2 La cura e il soggiorno sono assunti senza limiti di durata.

1.3 L'assicurato deve farsi curare in un istituto ospedaliero o in un reparto ospedaliero corrispondente al tipo di cure di cui necessita. In caso contrario, le prestazioni sono calcolate conformemente alle tariffe dell'ospedale pubblico adeguato più vicino al suo luogo di domicilio.

1.4 Questa categoria d'assicurazione non si estende agli obblighi d'assunzione, da parte dei cantoni, ai sensi della LAMal, delle spese ospedaliere e semiospedaliere al di fuori del luogo di residenza dell'assicurato.

1.5 Quando un assicurato sceglie deliberatamente di soggiornare, al posto della divisione privata, nel reparto comune di un istituto pubblico o sovvenzionato dai poteri pubblici, Assura SA gli accorda un'indennità giornaliera d'ospedalizzazione di CHF 100, ma al massimo un importo di CHF 1'000.

Articolo 2 - Cure mediche

2.1 Assura SA assume gli atti medici e paramedici necessari all'assicurato durante la sua ospedalizzazione, quando sono prestati da un fornitore di prestazioni riconosciuto.

2.2 Se l'assicurato non ricorre ad un fornitore di prestazioni riconosciuto, le spese di cura vengono rimborsate fino a CHF 300 al giorno.

2.3 Le spese a carattere paramedico fatturate forfetariamente sono assunte nell'ambito del soggiorno ospedaliero (cf. infra art. 3).

Articolo 3 - Soggiorno ospedaliero

3.1 Assura SA assume le spese del soggiorno ospedaliero (camera a due letti) e le spese a carattere medico forfetarie fatturate da un istituto ospedaliero riconosciuto.

3.2 Qualora l'assicurato, che ha sottoscritto questa copertura, sia ricoverato in una camera a un letto, costui si assume la differenza delle spese risultanti da questa scelta.

3.3 Per gli istituti ospedalieri non riconosciuti, le spese alberghiere sono coperte fino a concorrenza di CHF 200 al giorno.

Articolo 4 - Spese di sorveglianza speciale

Assura SA assume le spese cagionate da una sorveglianza speciale in caso di ospedalizzazione fino a concorrenza di una fatturazione per anno civile di CHF 500.

Articolo 5 - Trattamenti all'estero

Su accordo preliminare di Assura SA e del suo medico di fiducia, il trattamento all'estero è preso a carico se il suo costo è inferiore a quello fatturato secondo la tariffa usuale semiprivata applicabile nel cantone di domicilio dell'assicurato.

Articolo 6 - Assistenza all'estero e rimpatrio

Le spese d'assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alla convenzione d'assistenza turistica conclusa tra Assura SA e l'organo d'assistenza, le cui disposizioni fanno parte integrante delle presenti CSC.

Articolo 7 - Lista dei fornitori di prestazioni riconosciuti

7.1 Ritenuto che le prestazioni della presente categoria d'assicurazione sono garantite in natura e non in contanti, solo i fornitori di prestazioni riconosciuti da Assura SA possono essere chiamati a prestare delle cure o ad accogliere dei pazienti. A tale effetto, l'assicuratore s'impegna a consegnare all'assicurato una lista aggiornata dei fornitori di prestazioni riconosciuti.

7.2 Entro il termine di un mese a partire dal momento in cui l'assicurato è venuto a conoscenza di una modifica della lista dei fornitori di prestazioni riconosciuti, egli può richiedere che la sua copertura assicurativa sia estesa alla categoria d'assicurazione complementare Ultra Varia mediante l'adattamento corrispondente del suo premio.

Articolo 8 - Urgenza e necessità medica

L'assicurato che non è in grado di scegliere un fornitore di prestazioni riconosciuto per motivi di urgenza o di necessità medica può pretendere il rimborso delle prestazioni a concorrenza di quanto Assura SA avrebbe assunto in circostanze normali.

Articolo 9 - Premio assicurativo

9.1 A deroga dell'articolo 12 delle CGA, il premio assicurativo varia in funzione dell'età effettiva dell'assicurato.

9.2 L'adattamento del premio avviene il 1° gennaio dell'anno in cui l'assicurato compie l'età di 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 e 91 anni.

Articolo 10 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto previsto all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **malattie psichiche**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Anche la **maternità** (ai sensi dell'**art. 2.6 CGA** e secondo i casi dell'**art. 4.1.6 CGA**) non è coperta.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare (con copertura sussidiaria degli infortuni)

Pecunia

Assicurazione d'indennità giornaliera per perdita di guadagno

Edizione 07.2015 Modificata 01.2022

Articolo 1 - Campo delle prestazioni

1.1 In compenso ad una perdita di salario o di guadagno consecutiva ad un'incapacità lavorativa a seguito di malattia o infortunio, Assura SA versa, in funzione della copertura scelta dall'assicurato, una o delle indennità giornaliere ai sensi delle disposizioni seguenti. Queste prestazioni sono corrisposte fino a concorrenza della perdita economica effettiva dell'assicurato.

1.2 In linea di massima l'assicurato stabilisce, in base al suo statuto professionale, l'importo massimo assicurato e il pagamento delle indennità al 31esimo, 61esimo, 91esimo, 121esimo, 151esimo, 181esimo, 271esimo, 361esimo o 721esimo giorno d'incapacità lavorativa consecutiva a malattia o infortunio.

1.3 L'ammontare massimo assicurato e il pagamento delle indennità possono essere modificati nel corso del contratto in virtù dell'evoluzione della situazione economica e del cambiamento dello statuto professionale dell'assicurato.

1.4 In deroga all'articolo 4.1.10 CGA, quando l'assicurato soffre di depressioni nervose, un'indennità giornaliera di un importo massimo di CHF 150 gli è accordata durante un periodo di 60 giorni a partire dalla fine del termine d'attesa.

Articolo 2 - Diritto alle prestazioni

2.1 L'inizio del diritto alle prestazioni è determinato dal sopraggiungimento di un'incapacità lavorativa comportante una perdita di guadagno. Il termine di attesa previsto all'articolo 1.2 qui sopra decorre per ogni incapacità lavorativa.

2.2 Per fare valere il suo diritto alle prestazioni, l'assicurato deve consegnare ad Assura SA un certificato medico attestante l'incapacità lavorativa.

2.3 L'assicurato deve inoltre consegnare ad Assura SA una dichiarazione attestante la perdita di guadagno rilasciata dal suo datore di lavoro o scritta personalmente dall'assicurato indipendente. In quest'ultimo caso, i redditi dichiarati all'AVS, in mancanza di quelli dichiarati all'amministrazione fiscale, servono di base al calcolo della perdita di guadagno.

2.4 In caso d'incapacità lavorativa parziale, ma comunque non inferiore al 50 %, il danno economico risultante dalla perdita di guadagno conferisce unicamente un'indennità proporzionale.

2.5 Una dichiarazione esplicita deve essere fatta sin dall'inizio dell'incapacità lavorativa, qualsiasi esso sia il termine scelto secondo l'articolo 1.2 qui sopra. Gli avvisi d'ospedalizzazione o le dichiarazioni d'infortunio non valgono come annunci d'incapacità lavorativa. In caso d'annuncio tardivo imputabile all'assicurato, quest'ultimo incorre, a titolo di sanzione, in una riduzione dell'indennità giornaliera proporzionale alla colpa commessa. In ogni caso, le prestazioni non sono concesse per i giorni che precedono l'avviso d'incapacità lavorativa.

2.6 Il diritto alle prestazioni è sospeso se l'assicurato non segue una cura medica adatta al suo caso o se non si attiene alle prescrizioni del medico curante. Un cambiamento di medico durante il periodo d'incapacità lavorativa è subordinato al previo consenso di Assura SA.

2.7 Al compimento dell'età prevista che conferisce il diritto ad una rendita di vecchiaia AVS, l'indennità assicurata è automaticamente annullata.

2.8 A partire dal 361esimo giorno d'incapacità lavorativa parziale o totale, Assura SA accorda le sue prestazioni complementariamente a quelle dell'assicurazione per l'invalidità (AI).

Articolo 3 - Durata delle prestazioni

3.1 Il diritto alle prestazioni cessa definitivamente quando l'assicurato ha percepito l'equivalente di 720 giornate sottoscritte.

3.2 Se l'assicurato è solo parzialmente incapace al lavoro e l'indennità viene ridotta conformemente, il diritto alle prestazioni è protratto proporzionalmente alla riduzione applicata.

3.3 Quando il diritto alle prestazioni di un assicurato si estingue, la sua polizza d'assicurazione viene modificata e i suoi premi diminuiti di conseguenza.

3.4 In deroga all'articolo 11 CGA, Assura SA rinuncia a porre fine ai suoi obblighi esistenti di fornire delle prestazioni dovute a seguito di un'incapacità lavorativa che comporta una perdita di guadagno e che è ancora in corso alla fine del contratto. Un'eventuale ricaduta non dà diritto ad alcuna prestazione.

Articolo 4 - Portata territoriale

A deroga dell'articolo 5.1 CGA, sono indennizzate solamente le incapacità lavorative sopraggiunte e seguite sul territorio svizzero.

Articolo 5 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto previsto all'articolo 4 delle condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA), le incapacità lavorative correlate a dei trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti, così come i casi correlati a depressioni nervose conformemente all'articolo 1.4 succitato. Gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono invece coperti, in particolare le **afezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le altre **malattie psichiche**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Anche la **maternità** (ai sensi dell'**art. 2.6 CGA** e secondo i casi dell'**art. 4.1.6 CGA**) non è coperta.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione caso di decesso e d'invalidità seguito di un infortunio

Previsia

Assicurazione complementare in caso di decesso e d'invalidità a seguito di un infortunio

Edizione 08.2007 – Aggiornata il 01.2012

Articolo 1 - Il contratto d'assicurazione e la legge

1.1 I diritti e gli obblighi dello stipulante e dell'assicurato sono definiti nella polizza d'assicurazione e nelle condizioni d'assicurazione.

1.2 In mancanza di disposizione contrattuale espressa, è applicabile la Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA).

Articolo 2 - Campo delle prestazioni

A titolo della presente categoria d'assicurazione, vengono corrisposte delle prestazioni d'invalidità e di decesso a seguito di un infortunio.

Articolo 3 - Persone assicurate

Ogni persona assicurata presso Assura SA, di età inferiore a 65 anni, può beneficiare delle prestazioni complementari definite nelle presenti condizioni per quanto ne faccia esplicitamente domanda tramite il formulario d'adesione adeguato.

Articolo 4 - Inizio della garanzia assicurativa

La garanzia assicurativa inizia alla data fissata nella polizza d'assicurazione.

Articolo 5 - Fine della garanzia assicurativa

5.1 La garanzia assicurativa si estingue al momento in cui l'assicurato ha disdetto validamente la sua copertura.

5.2 Per un bambino, la garanzia si estingue automaticamente alla fine dell'anno civile durante il quale compie 18 anni.

Articolo 6 - Tipo di prestazioni e importi d'assicurazione

Secondo la combinazione degli importi scelti, l'assicurazione copre:

- un capitale in caso di decesso (cf. infra art. 7);
- un capitale in caso d'invalidità (cf. infra art. 8).

Articolo 7 - Decesso

7.1 Se l'infortunio ha per conseguenza il decesso di un assicurato, Assura SA versa il capitale convenuto in caso di decesso ai beneficiari nell'ordine seguente:

- a) il coniuge;
- b) i figli, ivi compresi quelli adottati;
- c) il padre e la madre;

d) i fratelli e le sorelle.

In mancanza di superstiti nelle suddette categorie, Assura SA paga la metà dell'importo assicurato,

e) ai nonni.

Se non esiste alcun avente diritto superstite nelle categorie menzionate, Assura SA paga solo le spese del funerale, al massimo fino a concorrenza del 10% della somma assicurata.

7.2 Non ha diritto al capitale colui che ha provocato la morte dell'assicurato commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto.

7.3 I coniugi e i figli di un matrimonio concluso dopo l'infortunio non hanno diritto al capitale.

7.4 L'eventuale capitale per invalidità pagato per lo stesso infortunio sarà dedotto da quello dovuto in caso di decesso.

Articolo 8 – Invalidità

8.1 Se l'evento infortunistico ha come conseguenza un danno importante e duraturo all'integrità fisica, mentale o psichica dell'assicurato, Assura SA verserà, in caso d'invalidità totale, un capitale corrispondente all'importo totale della somma assicurata e, in caso d'invalidità parziale, un capitale ridotto all'importo corrispondente al grado d'invalidità. Qualora lo stesso evento infortunistico dà diritto, simultaneamente, a delle prestazioni sulla base della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981 (LAINF) e relative ordinanze, il tasso d'invalidità medico-teorica fissato dall'assicuratore LAINF in applicazione dell'articolo 24 LAINF si applica per analogia nella determinazione del danno all'integrità fisica, mentale o psichica. Negli altri casi, l'invalidità medico-teorica si determina conformemente all'articolo 8.2 qui sotto.

8.2 Calcolo ed esigibilità del capitale in caso d'invalidità: per la valutazione del grado d'invalidità sono applicabili i seguenti principi:

8.2.1 sono considerati casi di invalidità totale la perdita o l'impotenza funzionale completa delle due gambe o dei due piedi, delle due braccia o delle due mani, come pure la perdita e l'impotenza funzionale completa di un braccio o di una mano e di una gamba o di un piede, la cecità totale, la paralisi totale, i disturbi incurabili della psiche tali da escludere qualsiasi attività professionale;

8.2.2 in caso d'invalidità parziale, il grado d'invalidità è determinato dalle percentuali delle invalidità totali seguenti: perdita o impotenza funzionale completa di:

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| - un braccio al gomito o al di sopra | 70% |
| - un avambraccio o una mano | 60% |
| - un pollice | 22% |
| - un indice | 15% |
| - un altro dito | 8% |

- una gamba al di sopra del ginocchio	60%
- una gamba al ginocchio o al di sotto	50%
- un piede	40%
- un alluce	8%
- un altro dito del piede	3%
- la vista di un occhio	30%
- la vista del secondo occhio per i ciechi da un occhio	50%
- l'udito di entrambe le orecchie	60%
- l'udito di un orecchio	15%
- l'udito di un orecchio quando quello dell'altro era già completamente inesistente prima dell'infortunio	30%

8.2.3 in caso di perdita o d'impotenza funzionale parziale, il grado d'invalidità corrispondente è ridotto proporzionalmente;
8.2.4 in caso di perdita o d'impotenza funzionale simultanea di diverse parti del corpo, le percentuali corrispondenti sono addizionate. Non sarà tuttavia ammessa un'invalidità superiore al 100%;

8.2.5 nei casi non previsti qui sopra, il grado d'invalidità sarà determinato dal medico, tenuto conto delle percentuali menzionate;

8.2.6 quando alcune parti del corpo lese dall'infortunio erano già mutilate o affette da un'impotenza funzionale completa o parziale, ne sarà tenuto conto al momento della determinazione dell'invalidità assicurata, mediante deduzione del grado d'invalidità preesistente, calcolato secondo i principi precitati;

il capitale invalidità è determinato secondo la tabella seguente:

- variante I (invalidità progressiva) per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 65 anni al momento dell'infortunio;
- variante II (invalidità proporzionale) per gli assicurati di più di 65 anni al momento dell'infortunio.

Capitale			Capitale			Capitale			Capitale		
Grado Variante			Grado Variante			Grado Variante			Grado Variante		
Inv.			Inv.			Inv.			Inv.		
I II			I II			I II			I II		
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Articolo 9 – Concorso di circostanze estranee all'infortunio

9.1 Se l'infortunio è solo parzialmente la causa del decesso o dell'invalidità, la parte delle prestazioni assicurate in caso di

decesso o d'invalidità sarà determinata in base ad una perizia medica.

9.2 Se il danno alla salute è dovuto solo in parte ad un infortunio assicurato, le prestazioni sono ridotte proporzionalmente.

Articolo 10 – Validità territoriale

A deroga dell'articolo 5.1 CGA, la presente categoria d'assicurazione è effettiva in tutto il mondo, per quanto il soggiorno fuori dalla Svizzera non sia superiore a 12 mesi.

Articolo 11 – Gestione del sinistro

11.1 In caso d'infortunio, Assura SA deve esserne informata immediatamente per iscritto.

11.2 In caso di morte consecutiva all'infortunio, che sia sopraggiunta immediatamente o posteriormente, Assura SA deve essere avvisata entro 48 ore per telefono o telegramma. Assura SA può chiedere che sia effettuata, a sue spese, un'autopsia mediante l'assistenza di un medico di sua scelta.

11.3 Subito dopo l'infortunio, deve essere chiamato un medico diplomato e devono essere prese tutte le misure volte alla guarigione dell'assicurato. Il peggioramento dei postumi di un infortunio, dovuto alla negligenza dell'assicurato nel seguire regolarmente le cure prescritte, non è preso a carico dall'assicurazione.

Articolo 12 – Perizie

Se le parti non riescono a mettersi d'accordo sull'ammontare del danno, questo è fissato obbligatoriamente per entrambe le parti mediante l'ausilio di periti. Ogni parte designa un perito e i due periti prescelti ne scelgono un terzo. Se non riescono ad intendersi sulla scelta di quest'ultimo, esso viene nominato dal Presidente del Tribunale competente del luogo di domicilio svizzero dell'assicurato. I periti applicano il Concordato sull'arbitraggio. Costoro comunicano la loro decisione per iscritto, accompagnata da una breve motivazione, a ciascuna delle parti. Le spese incorse alla determinazione del danno spettano alla parte che soccombe.

Articolo 13 – Inosservanza degli obblighi contrattuali

Se l'avente diritto non si conforma agli obblighi che gli spettano, Assura SA sarà liberata dai suoi impegni, a meno che l'avente diritto non provi che ha violato i suoi obblighi senza colpa da parte sua o che questa inosservanza non ha esercitato alcuna influenza sul danno o sui diritti ed obblighi di Assura SA.

Articolo 14 – Colpa grave

Assura SA rinuncia ad invocare il diritto conferitogli dalla legge di ridurre le sue prestazioni se quest'ultime diventano esigibili in seguito ad una colpa grave dell'assicurato o dell'avente diritto:

- in caso di decesso: solo nei confronti del coniuge e dei figli;
- in caso d'invalidità: nei confronti dell'assicurato.

Assura SA

Condizioni speciali per l'assicurazione individuale contro gli infortuni per adulti e bambini

Previsia Extra

Edizione 04.2016

Articolo 1 - Base della copertura

1.1 A complemento delle presenti condizioni speciali, sono applicabili le condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare di Assura SA (CGA) ad eccezione dell'art. 2.5 CGA, degli art. da 4.1.2 a 4.1.16 CGA e dell'art. 8 CGA.

1.2 In mancanza di disposizione contrattuale espressa, è applicabile la Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA).

Articolo 2 - Campo delle prestazioni

La persona designata nominativamente è assicurata conformemente alle prestazioni stipulate nella polizza.

Articolo 3 - Rischi assicurati

Sono assicurati nei limiti delle condizioni previste qui di seguito:

- gli infortuni professionali ai sensi della LAINF
- gli infortuni non professionali ai sensi della LAINF
- le malattie professionali ai sensi della LAINF
- l'annegamento
- i congelamenti
- le lesioni assimilate a degli infortuni ai sensi della LAINF.

Articolo 4 - Esclusioni della copertura

4.1 Le esclusioni d'assicurazione previste dall'art. 4.1.2 all'art. 4.1.16 CGA non sono applicabili alle presenti condizioni speciali.

4.2 Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni verificatisi:

- durante degli eventi di guerra in Svizzera
- durante degli eventi di guerra in altri paesi a meno che l'infortunio non accada entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità
- durante dei disordini interni (atti di violenza contro delle persone e delle cose, in occasione di assembramenti, di tafferugli o di sommosse) e nell'ambito delle misure prese per porvi rimedio, a meno che l'assicurato provi che non ha partecipato attivamente a questi disordini accanto ai perturbatori, tanto meno li ha istigati
- durante dei terremoti in Svizzera
- durante delle partecipazioni a delle competizioni motorizzate, così come durante delle corse d'allenamento
- al servizio di un esercito straniero
- durante dei crimini o dei delitti commessi dall'assicurato
- in seguito a delle radiazioni ionizzanti di ogni natura
- in seguito a degli interventi medici o chirurgici, tranne se si sono resi necessari da un infortunio assicurato

- in seguito all'assunzione o all'iniezione di medicinali, droghe o prodotti chimici non prescritti medicalmente
- durante la guida di mezzi di trasporto, se non è in possesso delle licenze e delle autorizzazioni richieste dalle autorità competenti.

4.3 I postumi d'infortuni verificatisi prima dell'entrata in vigore del contratto sono esclusi dall'assicurazione.

Articolo 5 - Inizio e fine della garanzia d'assicurazione

5.1 Il diritto alle prestazioni inizia alla data fissata nella polizza d'assicurazione. Per il diritto alle prestazioni degli art. 7 e 8 qui di seguito, è determinante il fatto che l'infortunio all'origine dell'invalidità, rispettivamente del decesso, sia avvenuto dopo la firma della proposta d'assicurazione.

5.2 Lo stipulante può disdire la presente copertura conformemente alle modalità previste all'art. 9 CGA. In tal caso, cessa alla scadenza del termine di disdetta.

5.3 Quando il bambino assicurato diventa maggiorenne, Assura SA adatta automaticamente i capitali. L'assicurato può quindi modificare la sua copertura oppure disdirla. L'articolo 11 CGA è applicabile per analogia.

Articolo 6 - Diritto alle prestazioni dopo l'estinzione della copertura d'assicurazione

In deroga all'art. 11 CGA, Assura SA continua a fornire le proprie prestazioni per gli infortuni non ancora liquidati al termine della copertura assicurativa.

Articolo 7 - Decesso

7.1 Se l'infortunio ha per conseguenza il decesso dell'assicurato, Assura SA versa il capitale convenuto per il caso di decesso ai beneficiari nell'ordine seguente:

- a) il coniuge o il partner registrato;
- b) i figli, ivi compresi quelli adottivi;
- c) il padre e la madre;
- d) i fratelli e le sorelle.

In mancanza di superstiti delle categorie summenzionate, Assura SA paga la metà della somma assicurata:

- e) ai nonni.

Se non esiste alcun avente diritto superstite delle categorie citate, Assura SA paga unicamente le spese del funerale, ma al massimo fino a concorrenza del 10% della somma assicurata.

7.2 Non ha diritto al capitale colui che ha provocato la morte dell'assicurato con un crimine o un delitto commesso intenzionalmente.

7.3 L'eventuale capitale per l'invalidità pagato per lo stesso infortunio sarà dedotto da quello dovuto in caso di decesso.

7.4 Assura SA è autorizzata a versare un capitale di al massimo CHF 2'500 se l'assicurato decede prima di aver compiuto 2 anni e sei mesi, e di al massimo CHF 20'000 per tutti i contratti conclusi sulla vita del bambino se esso decede prima di aver compiuto 12 anni.

Articolo 8 - Invalidità

8.1 Se l'evento infortunistico ha come conseguenza un danno importante e duraturo all'integrità fisica, mentale o psichica dell'assicurato, Assura SA verserà, in caso d'invalidità totale, un capitale corrispondente all'importo totale della somma assicurata e, in caso d'invalidità parziale, un capitale ridotto all'importo corrispondente al grado d'invalidità. Qualora lo stesso evento infortunistico dà diritto, simultaneamente, a delle prestazioni sulla base della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981 (LAINF) e relative ordinanze, il tasso d'invalidità medico-teorica fissato dall'assicuratore LAINF in applicazione dell'articolo 24 LAINF si applica per analogia nella determinazione del danno all'integrità fisica, mentale o psichica. Negli altri casi, l'invalidità medico-teorica si determina secondo la cifra 8.2 qui sotto. 8.2 Calcolo ed esigibilità del capitale in caso d'invalidità; per la valutazione del grado d'invalidità sono applicabili i seguenti principi:

8.2.1 sono considerati casi d'invalidità totale la perdita o l'impotenza funzionale completa delle due gambe o dei due piedi, delle due braccia o delle due mani, come pure la perdita o l'impotenza funzionale completa di un braccio o di una mano e di una gamba o di un piede, la cecità totale, la paralisi totale, i disturbi della psiche incurabili tali da escludere qualsiasi attività professionale;

8.2.2 in caso d'invalidità parziale, il grado d'invalidità è determinato dalle percentuali delle invalidità totali seguenti; perdita o impotenza funzionale completa di:

- un braccio al gomito o al di sopra 70%
- un avambraccio o una mano 60%
- un pollice 22%
- un indice 15%
- un altro dito 8%
- una gamba al di sopra del ginocchio 60%
- una gamba al ginocchio o al di sotto 50%
- un piede 40%
- un alluce 8%
- un altro dito del piede 3%
- della vista di un occhio 30%
- della vista di un occhio se quella dell'altro occhio era già inesistente prima dell'infortunio 50%
- dell'udito di entrambe le orecchie 60%
- dell'udito di un orecchio 15%
- dell'udito di un orecchio quando quello dell'altro era già completamente inesistente prima dell'infortunio 30%

8.2.3 in caso di perdita o d'impotenza funzionale parziale, il grado d'invalidità corrispondente è ridotto proporzionalmente;

8.2.4 in caso di perdita o d'impotenza funzionale simultanea di diverse parti del corpo, le percentuali corrispondenti sono addizionate. Non sarà tuttavia ammessa un'invalidità superiore al 100%;

8.2.5 nei casi non previsti qui sopra, il grado d'invalidità sarà determinato dal medico, tenuto conto delle percentuali summenzionate. In caso di disaccordo sulle conclusioni del medico, Assura SA si riserva il diritto d'incaricare un esperto;

8.2.6 quando alcune parti del corpo lese dall'infortunio erano già mutilate o affette da un'impotenza funzionale completa o parziale, ne sarà tenuto conto al momento della determinazione dell'invalidità assicurata, mediante la deduzione del grado d'invalidità preesistente, calcolato secondo i principi precitati;

8.2.7 il capitale invalidità è determinato secondo la tabella seguente:

- variante I (invalidità progressiva) per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 65 anni al momento dell'infortunio;
- variante II (invalidità proporzionale) per gli assicurati di più di 65 anni al momento dell'infortunio.

Capitale			Capitale			Capitale			Capitale		
Grado	Variante		Grado	Variante		Grado	Variante		Grado	Variante	
Inv.			Inv.			Inv.			Inv.		
	I	II		I	II		I	II		I	II
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Articolo 9 - Indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa

9.1 In caso d'incapacità lavorativa totale, Assura SA versa per ogni giorno dell'anno l'indennità giornaliera convenuta durante la durata dell'incapacità lavorativa attestata medicalmente.

9.2 In caso d'incapacità lavorativa parziale, l'indennità giornaliera è ridotta di un importo corrispondente al grado della capacità lavorativa.

9.3 Nessuna prestazione viene versata per il giorno dell'infortunio. Il termine d'attesa convenuto inizia il giorno in cui l'incapacità lavorativa è stata constatata medicalmente, ma al più presto il giorno susseguente l'infortunio.

9.4 La durata del diritto alle prestazioni è di al massimo 720 giorni per caso d'infortunio nei 5 anni a decorrere dal giorno dell'infortunio. Per il calcolo del termine d'attesa, i giorni d'incapacità lavorativa totale o parziale vengono contati come giorni interi e non sono dedotti dalla durata delle prestazioni.

9.5 Per quanto riguarda la durata delle prestazioni ed il termine di attesa, i postumi di un infortunio sono considerati come nuovo caso se la persona assicurata non è stata in incapacità lavorativa in seguito allo stesso infortunio nel corso dei 12 mesi precedenti alla ricaduta. In caso di ricaduta entro i 12 mesi, il termine è soppresso e le prestazioni già percepite sono prese in considerazione per il calcolo della durata massima delle prestazioni.

Articolo 10 - Capitale in caso di ospedalizzazione

10.1 Se si verifica un evento assicurato, Assura SA versa un capitale determinato in caso di soggiorno stazionario, necessario da un punto di vista medico, in un ospedale in reparto per cure acute.

10.2 All'estero, il capitale succitato è versato in caso di soggiorno stazionario, necessario da un punto di vista medico, in un ospedale, se dura almeno tre giorni.

10.3 Il capitale assicurato è determinato nella polizza d'assicurazione.

10.4 Se l'assicurato, al beneficio di una copertura d'assicurazione complementare per l'ospedalizzazione in divisione privata presso Assura SA, sceglie deliberatamente di soggiornare in divisione generale di un istituto repertoriato secondo l'art. 39 LAMal, è concesso un capitale complementare di CHF 500 per un assicurato minorenne e di CHF 1'000 per un adulto.

10.5 Il capitale è versato all'assicurato - o ai beneficiari - su presentazione della fattura originale dell'istituto ospedaliero nel quale ha soggiornato.

10.6 Il capitale è versato al massimo una volta per anno civile e una sola volta per evento assicurato, indipendentemente dal numero di ospedalizzazioni ad esso correlato.

Articolo 11 - Indennità giornaliera in caso d'ospedalizzazione

11.1 Assura SA versa l'indennità giornaliera convenuta durante la durata dell'ospedalizzazione necessaria da un punto di vista medico, ma al massimo durante 5 anni a contare dal giorno dell'infortunio.

11.2 Assura SA versa ugualmente questa indennità in caso di cure prescritte medicalmente ed effettuate con l'assenso di Assura SA in un ente specializzato.

11.3 In caso di soggiorni di convalescenza prescritti medicalmente in seguito ad un'ospedalizzazione, Assura SA versa il 50% dell'indennità giornaliera d'ospedalizzazione convenuta durante al massimo 4 settimane.

11.4 Se l'assicurato viene curato a domicilio da un servizio di assistenza medica e di conseguenza evita o abbrevia un'ospedalizzazione, Assura SA versa il 50% dell'indennità giornaliera stipulata in caso d'ospedalizzazione durante un periodo limitato a 180 giorni.

11.5 L'indennità giornaliera in caso di soggiorno ospedaliero ai sensi dell'art. 11.1 è raddoppiata:

- per gli infortuni che sopraggiungono all'estero fintantoché da un punto di vista medico è necessaria un'ospedalizzazione in loco;
- in caso d'ospedalizzazione simultanea dell'assicurato e del suo coniuge in seguito allo stesso infortunio.

Articolo 12 - Spese di guarigione e spese diverse

12.1 Assura SA assume senza limite di durata e d'importo le seguenti spese, su riserva di quelle che sono oggetto di una somma limitata.

12.1.1 Spese mediche in Svizzera

Le spese per le cure necessarie prestate o prescritte da un medico, un chiropratico o un dentista, come pure le spese per le cure, il soggiorno e la pensione in divisione privata (camera a un letto) di un ente ospedaliero o di una clinica.

12.1.2 Spese mediche all'estero

Assura SA assume, su presentazione di una fattura dettagliata redatta in francese, tedesco, italiano, spagnolo o inglese, le cure ambulatoriali e ospedaliere necessarie allorché l'infortunio assicurato sopraggiunge all'estero. Su presentazione di una fattura dettagliata allestita da un fornitore di prestazioni che esercita in uno dei paesi dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), Assura SA assume inoltre ogni partecipazione pecuniaria sopportata dall'assicurato (franchigia, aliquota percentuale, ecc.), in applicazione della legislazione del paese di villeggiatura.

12.1.3 Contributo per spese di sostentamento

Assura SA rimborsa il contributo dell'assicurato dovuto secondo la LAINF e la LAM, per le spese di sostentamento in caso di soggiorno in un ente ospedaliero.

12.1.4 Spese per le medicine alternative

Assura SA assume le seguenti terapie (lista esaustiva):

- Agopressione
- Agopuntura
- Aromaterapia
- Biorisonanza
- Drenaggio linfatico
- Etiopatia
- Fasciaterapia – pulsologia
- Omeopatia
- Iridologia
- Chinesiologia
- Medicina cinese
- Mesoterapia
- Orthobionomy
- Osteopatia
- Fitoterapia
- Riflessologia
- Serocitoterapia
- Shiatsu
- Sofrologia curativa
- Simpatoterapia
- Terapia craniosacrale
- Terapia neurale

Unicamente su prescrizione medica

- Euritmia curativa
- Eutonia

Questa assunzione è subordinata al fatto che le terapie in questione siano prodigate da membri di associazioni o terapeuti riconosciuti e menzionati nell'Allegato 1 alle presenti condizioni speciali d'assicurazione.

Tale allegato è parte integrante del contratto. Può essere oggetto di una modifica unilaterale da parte dell'assicuratore, in particolare per adeguarsi ad una modifica della cerchia dei fornitori di prestazioni. In questo caso, gli assicurati non hanno alcun diritto di disdetta.

L'allegato è disponibile in qualsiasi momento sul sito Internet di Assura SA o può essere ottenuto, su richiesta, per telefono o nelle succursali di Assura SA.

12.1.5 Cure a domicilio

Assura SA accorda un importo massimo di CHF 300 al giorno quando l'assicurato riceve delle cure prescritte da un medico e prestate da un servizio di assistenza medica.

12.1.6 Aiuto domiciliare

Le spese per la tenuta dell'economia domestica da parte di un servizio d'assistenza riconosciuto sono assunte fino a concorrenza di CHF 80 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso, in presenza di un'incapacità lavorativa di almeno il 50% attestata da un medico.

12.1.7 Custodia di bambini

Quando una persona adulta assicurata è ospedalizzata, le spese della custodia dei minorenni fino a 15 anni che vivono nello stesso nucleo familiare sono assicurate fino a concorrenza di CHF 80 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso.

12.1.8 Spese d'accompagnamento all'ospedale

Quando un minorenne assicurato è ospedalizzato, Assura SA assume le spese delle notti fatturate dall'ospedale fino a concorrenza di CHF 100 al giorno, ma al massimo CHF 3'000 per caso. Vale lo stesso per le spese di un bambino di meno di 5 anni che deve soggiornare all'ospedale con suo padre o sua madre infortunato(a).

12.1.9 Sorveglianza a domicilio dei bambini

Quando il bambino assicurato è curato a domicilio, sono ugualmente coperte, durante 6 mesi, le spese supplementari per i servizi di un sorvegliante fornito da un organismo fino a concorrenza di CHF 80 al giorno. Inoltre, il bambino, se è scolarizzato, dev'essere incapace di recarsi a scuola.

12.1.10 Cure e soggiorni di convalescenza

Le spese per le cure prescritte medicalmente sono assunte senza limiti in Svizzera ed all'estero. Le spese supplementari per il soggiorno e la pensione sono indennizzate fino a concorrenza di CHF 200 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso.

12.1.11 Mezzi ausiliari

Nel caso in cui l'infortunio ha reso necessario un trattamento medico da parte di un medico od un soggiorno ospedaliero, Assura SA assume le spese di un primo acquisto di protesi, occhiali, apparecchi acustici e mezzi ausiliari ortopedici, così come le spese di riparazione o di sostituzione di questi ultimi quando sono danneggiati o distrutti durante un infortunio assicurato. Sono ugualmente coperte le spese di locazione del mobilio del malato.

12.1.12 Cure dentarie

Assura SA assume le spese delle cure prestate o prescritte da un dentista. Per i bambini, Assura SA sopporta le spese per il trattamento provvisorio come pure il ripristino definitivo. Queste spese sono assunte a condizione che la cura sia effettuata prima che l'assicurato abbia compiuto 22 anni.

12.1.13 Interventi di chirurgia estetica

Assura SA copre fino a concorrenza di CHF 60'000 per caso le spese degli interventi di chirurgia estetica a condizione che questi si avverino necessari, da un punto di vista medico, in seguito all'infortunio.

12.1.14 Spese di ricerca e di salvataggio

Le spese necessarie sono coperte fino a concorrenza di CHF 60'000.

12.1.15 Spese di trasporto

Assura SA assume le spese di un trasporto necessario dal profilo medico e adatto alla situazione medica, per quanto lo stato di salute dell'assicurato non permetta l'utilizzo di un mezzo di trasporto usuale pubblico o privato. I trasporti effettuati da membri della famiglia non sono indennizzati.

12.1.16 Trasporto della salma

Assura SA assume le spese di trasporto della salma fino al luogo di domicilio svizzero dell'assicurato. Sono ugualmente coperte le spese delle formalità ufficiali e amministrative per l'eventuale rimpatrio del corpo.

12.1.17 Danni materiali

Nell'ipotesi in cui l'infortunio ha necessitato una cura medica da parte di un medico od un soggiorno all'ospedale, Assura SA assume fino a concorrenza di CHF 6'000 per sinistro le spese per la pulizia, la riparazione o la sostituzione (valore a nuovo) degli abiti o degli altri effetti personali dell'assicurato danneggiati durante un infortunio assicurato. Sono ugualmente coperte le spese di pulizia del veicolo o di altri oggetti appartenenti a delle persone private che si sono occupate del salvataggio e del trasporto del ferito.

12.1.18 Assistenza scolastica

Quando l'assicurato minorenne non è in grado di seguire il programma scolastico durante un mese o più, Assura SA assume le spese per lezioni di recupero scolastico fornite da una persona qualificata. Il contributo di Assura SA ammonta a CHF 50 al giorno, al massimo a CHF 3'000 per anno civile.

12.1.19 Prestazioni specifiche quando l'infortunio sopraggiunge all'estero

Quando l'assicurato è ospedalizzato all'estero e che per ragioni mediche non può essere trasferito in Svizzera, Assura SA paga le spese supplementari per:

- il prolungamento del soggiorno di un membro della famiglia, rispettivamente di una persona che accompagna l'assicurato nel luogo dell'ospedalizzazione
- il trasporto ed il soggiorno di un membro stretto della famiglia (coniuge, madre/padre, fratello/sorella, figlio/figlia o concubino/a) fino al luogo dell'ospedalizzazione quando questa dura più di 7 giorni.

12.1.20 Assistenza all'estero e rimpatrio

Le spese d'assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alla convenzione d'assistenza turistica conclusa tra Assura SA e l'organo d'assistenza, le cui disposizioni sono parte integrante delle presenti CSC.

12.2 Le prestazioni descritte all'art. 12 appartengono al ramo dell'assicurazione danni e saranno prese a carico da Assura SA solamente su presentazione di fatture e nei limiti delle spese effettive sostenute dallo stipulante, rispettivamente l'assicurato.

12.3 Quando un'assicurazione sociale assume i costi (LAMal, LAINF, LAI, LAM), Assura SA interviene solo a complemento.

12.4 Le franchigie e le partecipazioni a carico dell'assicurato contabilizzate secondo la LAMal non sono indennizzate da Assura SA. Le riduzioni delle prestazioni secondo la LAINF non sono compensate.

12.5 Se esistono delle altre assicurazioni contro gli infortuni secondo la LCA, Assura SA riduce proporzionalmente le sue prestazioni.

Articolo 13 - Concorso di circostanze estranee all'infortunio

Quando l'infortunio assicurato è solo parzialmente la causa del decesso o dell'invalidità, le prestazioni sono ridotte proporzionalmente, se necessario in base ad una perizia medica.

Articolo 14 - Portata territoriale

A deroga dell'articolo 5 delle CGA, la presente categoria d'assicurazione è valevole in tutto il mondo, per quanto il soggiorno al di fuori della Svizzera non superi 12 mesi.

Articolo 15 - Gestione del sinistro

15.1 In caso d'infortunio, Assura SA deve esserne informata immediatamente per iscritto.

15.2 In caso di morte consecutiva all'infortunio, che sopraggiunga immediatamente o in seguito, Assura SA deve esserne avvisata per telefono o posta elettronica entro 30 giorni. Assura SA può chiedere, a sue spese, un'autopsia mediante l'assistenza di un medico di sua scelta.

15.3 Subito dopo l'infortunio, deve essere chiamato un medico diplomato e devono essere prese tutte le misure atte alla

guarigione dell'assicurato. Il peggioramento delle conseguenze di un infortunio, dovuto alla negligenza dell'assicurato nel seguire regolarmente le cure prescritte, non è assunto dall'assicurazione.

15.4 L'assicurato o l'avente diritto deve trasmettere ad Assura SA le copie di conteggi, fatture e qualsiasi altro documento, emessi dal o per gli assicuratori LAMal, LAINF, LAI e LAM.

Articolo 16 - Perizie

Se le parti non riescono a mettersi d'accordo sull'ammontare del danno, questo è obbligatoriamente fissato per entrambe le parti mediante perizia.

Articolo 17 - Inosservanza degli obblighi contrattuali

A complemento dell'articolo 15.6 CGA, è precisato che se l'avente diritto non si conforma agli obblighi che gli spettano, Assura SA sarà liberata dai suoi impegni, a meno che l'avente diritto non provi che abbia violato i suoi obblighi senza colpa da parte sua o che questa inosservanza non abbia esercitato alcuna influenza sul danno o sui diritti ed obblighi di Assura SA.

Articolo 18 - Colpa grave

Assura SA rinuncia al diritto che le conferisce la legge di ridurre le proprie prestazioni.

Articolo 19 - Esenzione dal pagamento dei premi

Se, durante la durata dell'assicurazione, lo stipulante decede, Assura SA assume il pagamento dei premi futuri relativi alla categoria Previsia Extra del minorenne assicurato fino alla cessazione della copertura secondo la polizza, ma al più tardi fino alla fine del periodo d'assicurazione nel corso del quale l'assicurato compie 18 anni.

Assura SA

ALLEGATO 1

alle Condizioni speciali per la categoria Previsia Extra

Le Associazioni e terapeuti riconosciuti (art.12.1.4 CSC)

- ASCA, Fondazione svizzera per la medicina complementare
Titolo richiesto: pratica di una terapia che figura alla lettera A qui sopra
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Titolo richiesto: diploma membro A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Titolo richiesto: membro A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.,
Titolo richiesto: membro A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (agopuntura)
Titolo richiesto: diploma o dottorato
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Titolo richiesto: certificato terapeutico
- Federazione svizzera degli osteopati (FSO)
Titolo richiesto: membro ordinario
- Associazione Svizzera di Omeopatia (ASO)
Titolo richiesto: membro attivo
- KineSuisse, Association professionnelle de kinésiologie
Titolo richiesto: membro A
- Associazione Svizzera della Kinesiologia non medicinale (ASKNM)
Titolo richiesto: membro A
- Organizzazione professionale svizzera della medicina tradizionale cinese (OPS-MTC)
Titolo richiesto: membro A
- Associazione svizzera di Ortho-Bionomy (ASOB)
Titolo richiesto: membro A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titoli richiesti: diploma di infermiere e certificato di riflessologo
- Associazione svizzera di riflessologia plantare (ASRP)
Titoli richiesti: diplomi di infermiere e dell'associazione
- Associazione svizzera di Shiatsu (ASS)
Titolo richiesto: membro A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Titolo richiesto: diploma di sofrologia medica terapeutica o educativa
- HEBV Associazione professionale euritmia terapeutica
Titolo richiesto: membro A
- Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titolo richiesto: diploma
- Cranio Suisse (Associazione Svizzera per la Terapia Craniosacrale)
Titolo richiesto: membro terapeuta craniosacrale
- OSTEO-SWISS
Titolo richiesto: membro attivo

- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Titolo richiesto: membro attivo
- Sophrologie Suisse
Titolo richiesto: diploma in sofrologia medica
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-Bioresonanz und Informationsmedizin (SEBIM)
Titolo richiesto: membro ordinario
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Titolo richiesto: diploma

A titolo individuale, sono ugualmente riconosciuti i chiropratici, fisioterapisti, ergoterapisti, infermieri ed infermiere autorizzati a praticare che beneficiano, inoltre, di una formazione specializzata perlomeno equivalente a quella richiesta dalle associazioni professionali precitate.

Condizioni speciali per l'assicurazione contro gli infortuni individuale per adulti e bambini

Previsia Plus

Edizione 03.2024

Articolo 1 - Base della copertura

1.1 A complemento delle presenti condizioni speciali, sono applicabili le Condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare di Assura SA (CGA) ad eccezione dell'art. 2.5 CGA, degli artt. 4.1.2 a 4.1.16 CGA e dell'art.8 CGA. Le condizioni speciali (CSC) prevalgono sulle condizioni generali (CGA).

1.2 In mancanza di disposizione contrattuale espressa, è applicabile la Legge federale sul contratto di assicurazione (LCA).

Articolo 2 - Campo delle prestazioni

La persona designata nominativamente è assicurata conformemente alle prestazioni stipulate nella polizza.

Articolo 3 - Eventi assicurati

Sono assicurati nei limiti delle condizioni previste qui sotto:

- gli infortuni professionali ai sensi della LAINF
- gli infortuni non professionali ai sensi della LAINF
- le malattie professionali ai sensi della LAINF
- l'annegamento
- i congelamenti
- le lesioni assimilate a degli infortuni ai sensi della LAINF

Articolo 4 - Esclusioni dalla copertura assicurativa

4.1 Le esclusioni di assicurazione previste all'art. 4.1.2 a 4.1.16 CGA non sono applicabili alle presenti condizioni speciali.

4.2 Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni verificatisi:

- durante degli eventi di guerra in Svizzera
- durante degli eventi di guerra in altri paesi a meno che l'infortunio non accada entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità
- durante dei disordini interni (atti di violenza contro delle persone e delle cose, in occasione di assembramenti, di tafferugli o di sommosse) e delle misure prese per porvi rimedio, a meno che l'assicurato provi che non ha partecipato attivamente a questi disordini accanto ai perturbatori o che non li ha istigati;
- durante dei terremoti
- durante la pratica di uno sport, motorizzato o meno, per il quale l'assicurato è remunerato
- in occasione di un atto temerario. Vi è atto temerario se l'assicurato si espone ad un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. La giurisprudenza e la dottrina applicabili nell'ambito dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF) sono

applicabili per analogia per determinare l'esistenza o meno di un atto temerario

- al servizio di un esercito straniero
- durante dei crimini o dei delitti commessi dall'assicurato
- in seguito a delle radiazioni ionizzanti di ogni natura
- **in seguito a degli interventi medici o chirurgici**, tranne se si sono resi necessari in seguito ad un infortunio assicurato
- in seguito all'assunzione o all'iniezione di medicinali, droghe o prodotti chimici non prescritti medicalmente
- quando l'assicurato guida dei mezzi di trasporto senza essere in possesso delle licenze e autorizzazioni richieste dalle autorità competenti.

4.3 Le conseguenze di infortuni avvenuti prima della conclusione del contratto di assicurazione sono escluse dall'assicurazione.

Articolo 5 - Inizio e fine della garanzia di assicurazione

5.1 Il diritto alle prestazioni inizia alla data fissata nella polizza di assicurazione. Per il diritto alle prestazioni degli art. 7 e 8 qui di seguito è determinante il fatto che l'infortunio all'origine dell'invalidità, rispettivamente del decesso, si sia verificato dopo la conclusione del contratto di assicurazione.

5.2 Lo stipulante può disdire la presente copertura conformemente alle modalità previste all'art. 9 CGA. In questo caso, cessa alla scadenza del termine di disdetta.

5.3 Quando il bambino diventa maggiorenne, Assura SA adatta automaticamente i capitali. L'adattamento è effettuato per il 1° gennaio dell'anno in cui l'assicurato compie 19 anni. Assura SA comunica l'adattamento del contratto almeno 25 giorni prima della sua entrata in vigore e l'assicurato ha la possibilità di disdirlo. La disdetta deve essere effettuata per lettera raccomandata e ricevuta da Assura SA al più tardi il giorno precedente all'entrata in vigore dell'adattamento proposto, ossia al più tardi il 31.12.

Articolo 6 - Diritto alle prestazioni dopo la cessazione della copertura assicurativa

In deroga all'articolo 11 CGA, Assura SA continua a fornire le proprie prestazioni nell'ambito degli infortuni non ancora liquidati al termine della copertura assicurativa.

Articolo 7 - Decesso

7.1 Se l'infortunio ha per conseguenza il decesso dell'assicurato, Assura SA versa il capitale convenuto per il caso di decesso al beneficiario designato dallo stipulante o nella polizza o in un'ulteriore disposizione. In mancanza di designazione espressa sono considerati come beneficiari nell'ordine seguente:

- a) il coniuge o partner registrato;
- b) i figli, ivi compresi quelli adottivi;
- c) il padre e la madre;
- d) i fratelli e le sorelle.

In mancanza di superstiti delle categorie summenzionate, Assura SA paga la metà della somma assicurata:

- e) ai nonni.

Se non esiste alcun avente diritto superstite (né beneficiario designato né beneficiario nelle categorie succitate), Assura SA paga unicamente le spese del funerale, ma al massimo fino a concorrenza del 10% della somma assicurata.

7.2 Non ha diritto al capitale colui che ha provocato la morte dell'assicurato con un crimine o un delitto commesso intenzionalmente.

7.3 L'eventuale capitale di invalidità pagato per lo stesso infortunio sarà dedotto da quello dovuto in caso di decesso.

7.4 Assura SA è autorizzata a pagare un capitale di al massimo CHF 2'500 se l'assicurato decede prima di aver compiuto 2 anni e sei mesi, e di al massimo CHF 20'000 per tutti i contratti conclusi a nome del bambino se decede prima di aver compiuto 12 anni.

Articolo 8 - Invalidità

8.1 Se l'evento infortunistico ha come conseguenza un danno importante e duraturo all'integrità fisica, mentale o psichica dell'assicurato, Assura SA verserà, in caso di invalidità totale, un capitale corrispondente all'importo totale della somma assicurata e, in caso di invalidità parziale, un capitale ridotto all'importo corrispondente al grado di invalidità. Qualora lo stesso evento infortunistico dia diritto, simultaneamente, a delle prestazioni sulla base della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981 (LAINF) e relative ordinanze, il tasso di invalidità medico-teorica fissato dall'assicuratore LAINF in applicazione dell'articolo 24 LAINF si applica per analogia nella determinazione del danno all'integrità fisica, mentale o psichica. Negli altri casi, l'invalidità medico-teorica si determina conformemente all'articolo 8.2 qui sotto.

8.2 Calcolo ed esigibilità del capitale in caso di invalidità: i seguenti principi sono applicabili al calcolo del grado di invalidità:

8.2.1 Sono considerati casi di invalidità totale la perdita o l'impotenza funzionale completa delle due gambe o dei due piedi, delle due braccia o delle due mani, come pure la perdita o l'impotenza funzionale completa di un braccio o di una mano e di una gamba o di un piede, la cecità totale, la paralisi totale, i disturbi della psiche incurabili tali da escludere qualsiasi attività professionale;

8.2.2 In caso di invalidità parziale, il grado di invalidità è determinato dalle seguenti percentuali di invalidità totale: perdita o impotenza funzionale completa di:

• un braccio al gomito o al di sopra	70%
• un avambraccio o una mano	60%
• un pollice	22%
• un indice	15%
• un altro dito	8%
• una gamba al di sopra del ginocchio	60%
• una gamba al ginocchio o al di sotto	50%
• un piede	40%
• un alluce	8%
• un altro dito del piede	3%
• la vista da un occhio	30%
• la vista dal secondo occhio per i ciechi da un occhio	50%
• l'udito da entrambe le orecchie	60%
• l'udito da un orecchio	15%
• l'udito da un orecchio quando quello dell'altro era già completamente inesistente prima dell'infortunio	30%

8.2.3 In caso di perdita o di impotenza funzionale parziale, il grado di invalidità corrispondente è ridotto proporzionalmente;

8.2.4 In caso di perdita o di impotenza funzionale simultanea di diverse parti del corpo, le percentuali corrispondenti sono addizionate. Non sarà tuttavia ammessa un'invalidità superiore al 100%;

8.2.5 Nei casi non previsti qui sopra, il grado di invalidità sarà determinato dal medico, tenuto conto delle percentuali summenzionate. In caso di disaccordo sulle conclusioni del medico, Assura SA si riserva il diritto di incaricare un perito.

8.2.6 Se alcune parti del corpo lese dall'infortunio erano già mutilate o affette da un'impotenza funzionale completa o parziale, ne sarà tenuto conto al momento della determinazione dell'invalidità assicurata, mediante la deduzione del grado di invalidità preesistente, calcolato secondo i principi precitati;

8.3 Il capitale invalidità, dovuto a titolo dell'art. 8.1 o 8.2 qui sopra, è determinato secondo la seguente tabella:

- variante I (invalidità progressiva) per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 65 anni al momento dell'infortunio;
- variante II (invalidità proporzionale) per gli assicurati di più di 65 anni al momento dell'infortunio.

Capitale			Capitale			Capitale			Capitale		
Grado Inv.	Variante I	II	Grado Inv.	Variante I	II	Grado Inv.	Variante I	II	Grado Inv.	Variante I	II
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Articolo 9 - Indennità giornaliera in caso di incapacità lavorativa

9.1 In caso di incapacità lavorativa totale, Assura SA versa per ogni giorno dell'anno l'indennità giornaliera convenuta durante la durata dell'incapacità lavorativa attestata medicalmente.

9.2 In caso di incapacità lavorativa parziale, l'indennità giornaliera è ridotta di un importo corrispondente al grado della capacità lavorativa.

9.3 Nessuna prestazione viene versata per il giorno dell'infortunio. Un termine di attesa convenuto inizia il giorno in cui l'incapacità lavorativa è stata constatata medicalmente, ma al più presto il giorno susseguente l'infortunio.

9.4 La durata del diritto alle prestazioni è di al massimo 720 giorni per ogni caso di infortunio nei 5 anni a decorrere dal giorno dell'infortunio. Per il calcolo del termine di attesa, i giorni di incapacità lavorativa totale o parziale vengono contati come giorni interi e non sono dedotti dalla durata delle prestazioni.

9.5 Per quanto riguarda la durata delle prestazioni e il termine di attesa, i postumi di un infortunio sono considerati come un nuovo caso se, in seguito a questo infortunio, la persona assicurata non è stata in incapacità lavorativa durante i 12 mesi precedenti alla ricaduta. In caso di ricaduta entro i 12 mesi, il termine è soppresso e le prestazioni già percepite sono contabilizzate per il calcolo della durata massima delle prestazioni.

Articolo 10 - Indennità giornaliera in caso di ospedalizzazione

10.1 Assura SA versa l'indennità giornaliera convenuta durante la durata medicalmente necessaria dell'ospedalizzazione, ma al massimo durante 5 anni a contare dal giorno dell'infortunio.

10.2 Assura SA versa ugualmente questa indennità in caso di cure prescritte medicalmente e seguite con l'assenso dell'assicuratore in un ente specializzato.

10.3 In caso di soggiorni di convalescenza prescritti medicalmente in seguito ad un'ospedalizzazione, Assura SA versa il 50% dell'indennità giornaliera di ospedalizzazione convenuta durante al massimo 4 settimane.

10.4 Se l'assicurato viene curato a domicilio da un servizio di assistenza medica e di conseguenza evita o abbrevia un'ospedalizzazione, Assura SA versa il 50% dell'indennità giornaliera stipulata in caso di ospedalizzazione durante un periodo limitato a 180 giorni.

10.5 L'indennità giornaliera in caso di soggiorno ospedaliero ai sensi dell'art. 10.1 è raddoppiata:

- per gli infortuni verificatisi all'estero fintantoché un'ospedalizzazione in loco è medicalmente necessaria;
- in caso di ospedalizzazione simultanea dell'assicurato e del suo coniuge in seguito allo stesso infortunio.

Articolo 11 - Spese di guarigione e spese diverse

11.1 Assura SA sostiene senza limite di durata e di importo le seguenti spese, su riserva di quelle oggetto di un limite di importo.

11.1.1 Spese mediche in Svizzera

Le spese per le cure necessarie prestate o prescritte da un medico, un chiropratico o un dentista, come pure le spese per le cure, il soggiorno e la pensione in divisione privata (camera a un letto) di un ente ospedaliero o di una clinica.

11.1.2 Spese mediche all'estero

Su presentazione di una fattura dettagliata Assura SA assume le cure ambulatoriali e ospedaliere necessarie se l'infortunio assicurato si verifica all'estero.

Su presentazione di una fattura dettagliata allestita da un fornitore di prestazioni esercitante in uno dei paesi dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), Assura SA assume inoltre ogni partecipazione pecuniaria sostenuta dall'assicurato (franchigia, aliquota percentuale, ecc.), in applicazione della legislazione del paese di villeggiatura.

Assura SA ha il diritto di chiedere le fatture originali e, in caso di bisogno, può esigere la traduzione in una delle lingue nazionali o in inglese dei documenti redatti in un'altra lingua, a spese dell'assicurato.

11.1.3 Prestazioni specifiche se l'infortunio avviene all'estero

Se l'assicurato è ospedalizzato all'estero e se per motivi medici non può essere trasferito in Svizzera, Assura SA paga le spese supplementari per:

- Il prolungamento del soggiorno di un membro della famiglia, rispettivamente della persona che accompagna l'assicurato in ospedale;
- Il trasporto ed il soggiorno di un membro stretto della famiglia dell'assicurato (coniuge, padre/madre, fratello/sorella, figlio/figlia o convivente) fino all'ospedale se l'ospedalizzazione dura più di 7 giorni.

11.1.4 Contributo per spese di mantenimento

In caso di soggiorno in un ente ospedaliero, Assura SA rimborsa il contributo dovuto dall'assicurato per le spese di mantenimento secondo la LAINF e la LAM.

11.1.5 Spese per le medicine alternative

Assura SA assume le seguenti terapie riconosciute (lista esaustiva):

- Agopressione
- Agopuntura
- Aromaterapia
- Biorisonanza
- Drenaggio linfatico
- Etiopatia
- Fasciaterapia – pulsologia
- Omeopatia
- Iridologia
- Chinesiologia
- Medicina cinese
- Mesoterapia
- Ortobionomy
- Osteopatia
- Fitoterapia
- Riflessologia
- Serocitoterapia
- Shiatsu
- Sofrologia curativa
- Simpaticoterapia
- Terapia craniosacrale
- Terapia neurale

Unicamente su prescrizione medica

- Euritmia curativa
- Eutonia

Questa presa a carico è subordinata al fatto che le terapie siano prodigate da terapeuti membri di un'associazione professionale riconosciuta e menzionati nell'Allegato 1 delle presenti condizioni speciali di assicurazione.

Predetto allegato fa parte integrante del contratto. Può essere oggetto di una modifica unilaterale dell'assicuratore, in particolare per adeguarlo a un cambiamento della cerchia dei fornitori di cure. In tal caso non sussiste alcun diritto di disdetta per gli assicurati. L'allegato può essere ottenuto in qualsiasi momento sul sito Internet di Assura SA oppure, su richiesta, per telefono o nelle succursali di Assura SA.

11.1.6 Cure a domicilio

Assura SA accorda un importo massimo di CHF 300 al giorno quando l'assicurato riceve delle cure prescritte da un medico e prestate da un servizio di assistenza medica.

11.1.7 Aiuto domiciliare

Le spese per la tenuta dell'economia domestica da parte di un servizio di assistenza sono assunte fino a concorrenza di CHF 80 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso, in presenza di un'incapacità lavorativa di almeno il 50% attestata da un medico.

11.1.8 Custodia di bambini

Quando una persona adulta assicurata è ospedalizzata, le spese di custodia, da parte di un ente ufficiale, per un bambino fino a 15 anni che vive nello stesso nucleo familiare sono assicurate fino a concorrenza di CHF 80 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso.

11.1.9 Spese di accompagnamento all'ospedale

Quando un bambino minorenne assicurato è ospedalizzato, Assura SA assume le spese delle notti fatturate dall'ospedale fino a concorrenza di CHF 100 al giorno, ma al massimo CHF 3'000 per caso. Lo stesso vale per le spese di un bambino di età inferiore a 5 anni che deve soggiornare all'ospedale con sua madre o suo padre infortunata(o).

11.1.10 Sorveglianza dei bambini a domicilio

Quando il bambino assicurato è curato a domicilio, sono ugualmente coperte, durante 6 mesi, le spese supplementari per i servizi di un sorvegliante fornito da un ente fino a concorrenza di CHF 80 al giorno. Inoltre, se il bambino frequenta la scuola, deve trovarsi nell'incapacità di recarsi.

11.1.11 Cure e soggiorni di convalescenza

Le spese per le cure prescritte medicalmente sono assunte senza limiti in Svizzera ed all'estero. Le spese supplementari per il soggiorno e la pensione sono indennizzate fino a concorrenza di CHF 200 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso.

11.1.12 Mezzi ausiliari

Se per l'infortunio è stato necessario un trattamento medico effettuato da un medico oppure un soggiorno ospedaliero, Assura SA assume le spese di un primo acquisto di protesi, occhiali, apparecchi acustici e mezzi ausiliari ortopedici, così come le relative spese di riparazione o di sostituzione quando sono danneggiati o distrutti durante un infortunio assicurato. Sono ugualmente coperte le spese di locazione di ausili sanitari.

11.1.13 Cure dentarie

Assura SA assume le spese delle cure prestate o prescritte da un dentista.

Per i bambini, Assura SA sostiene le spese per le cure provvisorie come pure per quelle definitive. Queste spese sono assunte a condizione che la cura sia effettuata prima che l'assicurato abbia compiuto 22 anni.

11.1.14 Interventi di chirurgia estetica

Assura SA copre fino a concorrenza di CHF 60'000 per caso le spese degli interventi di chirurgia estetica, a condizione che questi si avverino medicalmente necessari in seguito all'infortunio.

11.1.15 Spese di ricerca e di salvataggio

Le spese necessarie sono coperte fino a concorrenza di CHF 60'000.

11.1.16 **Spese di trasporto**

Assura SA assume le spese di un trasporto necessario dal profilo medico e adatto alla situazione medica, a condizione che lo stato di salute dell'assicurato non permetta l'utilizzo di un mezzo di trasporto usuale pubblico o privato. I trasporti effettuati da membri della famiglia non sono indennizzati.

11.1.17 **Trasporto della salma**

Assura SA assume le spese di trasporto della salma fino al luogo di domicilio svizzero dell'assicurato. Sono ugualmente coperte le spese delle formalità ufficiali e amministrative per l'eventuale rimpatrio del corpo.

11.1.18 **Danni materiali**

Nell'ipotesi in cui l'infortunio ha necessitato una cura medica da parte di un medico od un soggiorno all'ospedale, Assura SA assume le spese per la pulizia, la riparazione o la sostituzione (valore a nuovo) degli abiti o degli altri effetti personali dell'assicurato danneggiati durante un infortunio assicurato fino a concorrenza di CHF 6'000 per sinistro. Sono ugualmente coperte le spese di pulizia del veicolo o di altri oggetti appartenenti a delle persone private che si sono occupate del salvataggio e del trasporto del ferito.

11.1.19 **Assistenza scolastica**

Quando l'assicurato minorenne non è in grado di seguire il programma scolastico durante un mese o più, Assura SA assume le spese per lezioni di recupero scolastico fornite da una persona qualificata. Il contributo di Assura SA ammonta a CHF 50 al giorno, ma al massimo CHF 3'000 per anno civile.

11.1.20 **Assistenza all'estero e rimpatrio**

Le spese di assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alla convenzione di assistenza turistica conclusa tra Assura SA e l'ente di assistenza, le cui disposizioni fanno parte integrante delle presenti CSC.

11.2 Le prestazioni descritte all'art. 11 rientrano nel campo di un'assicurazione danni e saranno prese a carico da Assura SA solamente su presentazione di fatture e nei limiti delle spese effettivamente sostenute dallo stipulante, rispettivamente dall'assicurato.

11.3 Se un'assicurazione sociale prende a carico i costi (in particolare LAMal, LAINF, LAI, LAM), Assura SA interviene solo a complemento.

11.4 Le franchigie e le partecipazioni a carico dell'assicurato contabilizzate secondo la LAMal non sono indennizzate da Assura SA. Le riduzioni delle prestazioni secondo la LAINF non sono compensate.

11.5 Se esistono altre assicurazioni contro gli infortuni secondo la LCA, Assura SA riduce proporzionalmente le sue prestazioni.

Articolo 12 - Concorso di circostanze estranee all'infortunio

Se l'infortunio assicurato è parzialmente la causa del decesso o dell'invalidità, le prestazioni sono proporzionalmente ridotte, se necessario in base ad una perizia medica.

Articolo 13 - Portata territoriale

A deroga dell'art. 5.1 CGA, la presente categoria di assicurazione è valevole in tutto il mondo, per quanto il soggiorno al di fuori della Svizzera non superi 12 mesi.

Articolo 14 - Gestione del sinistro

14.1 In caso di infortunio, Assura SA deve esserne informata immediatamente per iscritto.

14.2 In caso di morte consecutiva all'infortunio, che avvenga immediatamente o in seguito, Assura SA deve essere avvisata per telefono o per posta elettronica entro 30 giorni. Assura SA può chiedere, a sue spese, un'autopsia mediante l'assistenza di un medico di sua scelta.

14.3 Subito dopo l'infortunio, deve essere chiamato un medico diplomato e devono essere prese tutte le misure atte alla guarigione dell'assicurato. Il peggioramento delle conseguenze di un infortunio, dovuto alla negligenza dell'assicurato nel seguire regolarmente le cure prescritte, non è assunto dall'assicurazione.

14.4 L'assicurato o l'avente diritto deve inviare ad Assura SA le copie di conteggi, fatture e di ogni altro documento rilasciati da o per gli assicuratori LAMal, LAINF, LAI e LAM.

Articolo 15 - Perizie

Se le parti non riescono a mettersi d'accordo sull'ammontare del danno, questo è obbligatoriamente fissato per entrambe le parti mediante l'ausilio di una perizia.

Articolo 16 - Colpa grave

Assura SA rinuncia al diritto che le conferisce la legge di ridurre le proprie prestazioni.

Articolo 17 - Esenzione dal pagamento dei premi

Se, durante la durata dell'assicurazione, lo stipulante decede, Assura SA assume il pagamento dei premi futuri relativi alla categoria Previsia Plus del bambino assicurato, fino alla cessazione della copertura secondo la polizza, ma al più tardi fino alla fine dell'anno civile in cui l'assicurato compie 18 anni.

Assura SA

ALLEGATO 1 alle Condizioni speciali per la categoria Previsia Plus

Le associazioni e i terapeuti riconosciuti (cap.11.1.5 CSC)

- ASCA, Fondazione svizzera per la medicina complementare
Titolo richiesto: pratica di una terapia che figura alla lettera A qui sopra
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Titolo richiesto: diploma membro A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Titolo richiesto: membro A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.,
Titolo richiesto: membro A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (agopuntura)
Titolo richiesto: diploma o dottorato
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Titolo richiesto: certificato terapeutico
- Federazione svizzera degli osteopati (FSO)
Titolo richiesto: membro ordinario
- Associazione Svizzera di Omeopatia (ASO)
Titolo richiesto: membro attivo
- KineSuisse, Association professionnelle de kinésiologie
Titolo richiesto: membro A
- Associazione Svizzera della Kinesiologia non medicinale (ASKNM)
Titolo richiesto: membro A
- Organizzazione professionale svizzera della medicina tradizionale cinese (OPS-MTC)
Titolo richiesto: membro A
- Associazione svizzera di Ortho-Bionomy (ASOB)
Titolo richiesto: membro A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titoli richiesti: diploma di infermiere e certificato di riflessologo
- Associazione svizzera di riflessologia plantare (ASRP)
Titoli richiesti: diplomi di infermiere e dell'associazione
- Associazione svizzera di Shiatsu (ASS)
Titolo richiesto: membro A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Titolo richiesto: diploma di sofrologia medica terapeutica o educativa
- HEBV Associazione professionale di euritmia terapeutica
Titolo richiesto: membro A
- Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titolo richiesto: diploma
- Cranio Suisse (Associazione Svizzera per la Terapia Craniosacrale)
Titolo richiesto: membro terapeuta craniosacrale
- OSTEO-SWISS
Titolo richiesto: membro attivo
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Titolo richiesto: membro attivo
- Sophrologie Suisse
Titolo richiesto: diploma in sofrologia medica
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-Bioresonanz und Informationsmedizin (SEBIM)
Titolo richiesto: membro ordinario
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Titolo richiesto: diploma

A titolo individuale, sono ugualmente riconosciuti i chiropratici, fisioterapisti, ergoterapisti, infermieri ed infermiere autorizzati a praticare che beneficiano, inoltre, di una formazione specializzata perlomeno equivalente a quella richiesta dalle associazioni professionali precitate.

Condizioni generali per l'assicurazione di capitale decesso e invalidità in seguito a malattia diagnosticata dopo l'inizio della copertura assicurativa (CGA Previsia Malattia)

Previsia Malattia

Edizione 05.2025

Articolo 1 - Basi della copertura assicurativa

Per le prestazioni della copertura assicurativa Previsia Malattia, **Assura SA** (di seguito "Assura"), in qualità di **stipulante**, ha stipulato un contratto di assicurazione collettiva sulla vita (di seguito "contratto collettivo") con la compagnia di assicurazione GENERALI Assicurazioni per persone SA (di seguito "GENERALI"), Soodmattenstrasse 2-4, 8134 Adliswil.

In qualità di **assicuratore** della presente copertura assicurativa "Previsia Malattia", **GENERALI** risulta l'unica parte legittimata passivamente in caso di procedimento giudiziario riguardante le prestazioni assicurative.

Si considera "persona assicurata" la persona fisica che soddisfa i requisiti previsti dall'articolo 3 e che compila volontariamente la dichiarazione di adesione per la copertura assicurativa prevista dal contratto collettivo, integrata all'interno della proposta assicurativa complementare di Assura (di seguito "dichiarazione di adesione") o, qualora suddetta persona non sia maggiorenne o risulti sottoposta a tutela o curatela, la persona fisica del relativo rappresentante legale o tutore o curatore - e che si impegna a corrispondere il contributo di copertura fatturato da Assura.

Le dichiarazioni scritte (e in particolare la dichiarazione di adesione) della persona assicurata oppure, qualora la suddetta non sia maggiorenne o risulti sottoposta a tutela o curatela, quelle del relativo rappresentante legale o tutore o curatore - nonché tutti i documenti esibiti da tale cerchia di persone costituiscono la base della copertura assicurativa. I diritti e i doveri delle parti contraenti nell'ambito della presente copertura assicurativa sono inoltre definiti dalle presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA Previsia Malattia). Il rapporto contrattuale tra GENERALI e Assura è disciplinato nel contratto collettivo.

Qualora una fattispecie non risulti espressamente disciplinata da uno dei documenti di cui sopra e sussista una disposizione di legge che disciplina la questione in oggetto, le parti convengono sull'applicazione della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.

Articolo 2 - Ambito delle prestazioni

GENERALI assicura le conseguenze economiche di una malattia subita dalla persona assicurata durante la durata della copertura assicurativa mediante il versamento di un capitale in caso di invalidità o di decesso. Sono fatte salve ulteriori esclusioni e limitazioni delle prestazioni assicurative ai sensi dell'articolo 7 e dell'articolo 13.6.

Con Previsia Malattia la persona assicurata può assicurare soltanto il rischio di decesso, soltanto il rischio di invalidità oppure sia il rischio di decesso che quello di invalidità. Ogni persona assicurata può

stipulare una copertura per un determinato rischio una sola volta, così da escludere un eventuale accumulo di coperture (cumulo di coperture) riferito allo stesso rischio.

Articolo 3 - Persone assicurate

Le seguenti persone aventi domicilio civile in Svizzera che alla data di inizio desiderata della copertura non hanno ancora compiuto 55 anni d'età e che al momento della sottoscrizione della dichiarazione di adesione con Assura-Basis SA o Assura SA hanno stipulato un'assicurazione malattia obbligatoria o un'assicurazione complementare possono essere ammesse nella copertura assicurativa Previsia Malattia previa presentazione di una dichiarazione di adesione sottoscritta in modo regolamentare:

- cittadini svizzeri;
- stranieri con permesso B o C.

I lavoratori frontalieri che beneficiano dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal sono formalmente esclusi dalla copertura assicurativa.

Articolo 4 - Inizio e fine della copertura assicurativa

4.1 La copertura assicurativa Previsia Malattia costituisce una copertura complementare assicurata da GENERALI in aggiunta all'assicurazione malattia obbligatoria stipulata con Assura-Basis SA o a un'assicurazione complementare stipulata con Assura SA.

La copertura assicurativa in caso di decesso e/o invalidità ha inizio alla data indicata nella conferma di copertura (che risulta inclusa nella polizza di assicurazione di Assura). A conferma dell'accettazione della dichiarazione di adesione fa fede la conferma di copertura.

4.2 La persona assicurata è coperta per la durata iniziale stabilita nella dichiarazione di adesione. La copertura assicurativa è successivamente rinnovata tacitamente di anno in anno alla scadenza del periodo iniziale, salvo disdetta nel rispetto del preavviso di tre mesi prima della scadenza della copertura assicurativa in corso. La disdetta deve essere effettuata per iscritto o in altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità descritte nell'articolo 13.2. In tal caso, la copertura assicurativa cessa alla fine del mese per il quale, tramite disdetta, la persona assicurata ha richiesto la revoca della copertura assicurativa in questione.

4.3 La copertura assicurativa termina al più tardi alla fine del mese nel corso del quale la persona assicurata compie 65 anni d'età. Inoltre, la copertura termina un mese dopo che la persona assicurata ha trasferito il suo domicilio civile in una località al di fuori della Svizzera. La copertura assicurativa cessa anche qualora Assura rescinda il contratto con la persona assicurata a causa di una mora (cfr. articolo 12.3).

Articolo 5 - Copertura assicurativa e definizioni

5.1 La presente copertura assicurativa garantisce esclusivamente i **rischi di invalidità e/o di decesso in seguito a malattia**. Per malattia s'intende 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.

Sono esclusi dalla presente copertura assicurativa i casi di decesso o d'invalidità conseguenti ad un infortunio. Per infortunio s'intende qualsiasi danno, improvviso e involontario, causato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, psichica o mentale o che causi il decesso. **Sono parimenti escluse le affezioni derivanti da un ritorno alla condizione anteriore equivalente (status quo ante / sine), anche in modo indiretto.**

5.2 Non sono ammessi né un aumento della copertura assicurativa né una rimessa in vigore della copertura assicurativa. In tal caso è necessario presentare una nuova dichiarazione di adesione secondo la misura concordata contrattualmente.

5.3 Si è in presenza di invalidità quando la persona assicurata subisce un danno alla salute che genera un'incapacità lavorativa totale o parziale ritenuta permanente e, a questo titolo, all'assicurato viene riconosciuto, mediante decisione passata in giudicato, lo status di invalido ai sensi della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI).

Tuttavia, la decisione dell'AI non vincola GENERALI che si riserva espressamente il diritto di far effettuare, a sue spese, una perizia medica e/o economica.

5.4 Le persone assicurate minorenni senza attività lucrativa sono ritenute invalide qualora presentino, secondo la perizia medica, un danno alla salute sulla base di sintomi obiettivi verificabili dal punto di vista medico e ritenuto permanente e definitivo, tale da provocare probabilmente un'incapacità lavorativa totale o parziale quando saranno maggiorenni.

Questa incapacità è riconosciuta sin dal momento in cui la persona assicurata minorenne soddisfa le condizioni cumulative seguenti:

- l'affezione medica esiste da almeno 18 mesi con lo stesso grado;
- nessun trattamento medico è in grado di apportare un miglioramento considerevole alle condizioni di salute della persona assicurata.

Articolo 6 - Prestazioni assicurative

6.1 Le seguenti prestazioni assicurative (capitale di decesso e capitale di invalidità) sono **assicurazione di somme**. Nel caso dell'assicurazione di somme, la prestazione di assicurazione si basa su una somma specifica, stabilita contrattualmente. Se nel caso assicurato, in seguito alla concomitanza di altre prestazioni, dovesse risultare un sovraindennizzo, le

prestazioni concordate vengono comunque versate **senza riduzione** in caso di diritto comprovato.

6.2 Decesso

Qualora una persona assicurata deceda in seguito ad una malattia durante la durata della copertura d'assicurazione, GENERALI verserà il capitale stabilito in caso di decesso.

Qualora un bambino assicurato deceda prima di aver raggiunto l'età di due anni e sei mesi, il capitale che GENERALI è autorizzata a versare ammonta al massimo a CHF 2'500, conformemente all'articolo 131 dell'Ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (OS). Qualora il bambino deceda prima di compiere l'età di 12 anni, l'importo del capitale che GENERALI è autorizzata a pagare in virtù della medesima disposizione ammonta al massimo a CHF 20'000.

Se la somma dei contributi di copertura pagati per il bambino supera la somma in caso di decesso prevista ai due capoversi precedenti, GENERALI la rimborserà, maggiorata di un interesse semplice del 5%.

GENERALI verserà il capitale al beneficiario designato dalla persona assicurata nella conferma di copertura o in una disposizione successiva. In mancanza di designazione esplicita, sono considerate beneficiarie nell'ordine seguente le persone di seguito designate:

- il coniuge o il partner registrato; in assenza:
- i figli della persona assicurata; in assenza:
- il padre e la madre della persona assicurata; in assenza:
- le altre persone aventi diritto alla successione, con esclusione di cantoni e comuni secondo l'articolo 466 del Codice civile svizzero.

6.3 Invalidità

In caso di invalidità, come definita all'articolo 5.3, conseguente ad una malattia diagnosticata durante la durata della copertura d'assicurazione e oggetto di una decisione passata in giudicato resa dall'Assicurazione invalidità durante questo stesso periodo, GENERALI versa il capitale stipulato in proporzione al grado di invalidità riconosciuto dall'Assicurazione invalidità, o dalle perizie mediche e/o economiche, nell'ipotesi prevista nello stesso articolo. Tuttavia, un grado di invalidità inferiore al 40% non dà diritto ad alcun versamento.

Il capitale è frazionato secondo il grado di invalidità:

Grado di invalidità	Diritto al capitale in frazione del capitale intero
Dal 40 % al 69 %	In base al grado di invalidità
Dal 70 %	l'intero capitale assicurato

La presente tabella si applica per analogia ai minorenni, secondo l'articolo 5.4.

Articolo 7 - Esclusioni e Limiti della copertura assicurativa

7.1 Esclusioni

• Affezioni mediche precedenti

Nessuna copertura assicurativa è concessa per tutte le alterazioni dello stato di salute (malattia, stato patologico e/o infortunio) oggetto di esame medico, di una diagnosi o di prescrizioni di trattamento prima dell'inizio della copertura assicurativa e che abbiano causato direttamente o indirettamente un'invalidità totale o parziale, o un decesso dopo l'inizio della copertura assicurativa.

• Affezioni prenatali e congenite

Le lesioni prenatali, le infermità congenite e le loro conseguenze sono espressamente escluse dalla copertura assicurativa.

• Gravidanza e maternità

La copertura assicurativa non è concessa per i sinistri derivati da una gravidanza o da una maternità e dalle loro possibili complicanze.

• Suicidio

Il decesso dovuto a suicidio e l'invalidità risultante da un tentativo di suicidio non sono coperti durante i primi tre anni dall'inizio della copertura d'assicurazione.

• Crimini e delitti intenzionali

La copertura assicurativa non è concessa qualora la persona assicurata partecipi attivamente o in qualità di istigatore ad azioni mirate ad attentare alle persone o ai beni.

• Rischi speciali

La copertura assicurativa non è concessa nei casi di sinistri derivanti da mutilazioni volontarie o dall'uso di stupefacenti o di farmaci con dosaggio non prescritto dal medico, nonché da sinistri risultanti da alcolismo grave o cronico.

Lo stesso vale per i sinistri causati da esplosioni atomiche in generale e dall'esposizione a radiazioni.

La copertura assicurativa è sospesa se la persona assicurata soggiorna in un paese in guerra, in guerriglia o soggetto a sommosse.

7.2 Riduzioni

Qualora la diminuzione della capacità lavorativa o il decesso sia dovuta **solo in parte** ad un evento assicurato, le prestazioni saranno ridotte proporzionalmente in funzione della percentuale determinata da una perizia medica.

Articolo 8 - Diritto di recesso

Le persone assicurate hanno il diritto di revocare la loro dichiarazione di adesione entro 14 giorni dall'emissione della conferma di copertura. Il recesso deve essere effettuato per iscritto ad Assura o in un'altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità di cui all'articolo 13.2 di seguito. In questo caso, non esiste alcuna copertura assicurativa in nessun momento e i contributi di copertura già pagati vengono rimborsati alla persona assicurata senza interessi.

Articolo 9 - Obblighi in caso di sinistro ed esigibilità

9.1 Obblighi della persona assicurata o dell'avente diritto
La persona assicurata segnala il verificarsi del sinistro ad Assura.

In caso di invalidità, l'assicurato presenterà a sue spese la decisione AI, oltre ad un certificato medico che indichi

la data di inizio della malattia, la sua natura, la sua evoluzione e le sue conseguenze.

Se lo ritiene opportuno per determinare il diritto alle prestazioni, GENERALI si riserva il diritto di fare esaminare la persona assicurata da un medico da essa stessa nominato e di raccogliere ulteriore documentazione presso terzi. Mediante una procura a favore di GENERALI, la persona assicurata dovrà liberare i medici curanti o che lo hanno avuto in cura dal segreto medico nei confronti di GENERALI e dovrà anche autorizzare GENERALI a consultare tutti gli incarti medici e amministrativi che lo riguardano, prodotti sia dall'Assicurazione invalidità, sia da Assura che dai medici curanti.

Qualora la malattia causi immediatamente o successivamente il decesso della persona assicurata, il beneficiario (o i beneficiari) deve far pervenire a proprie spese a GENERALI, per posta alla sua sede (GENERALI Assicurazioni per persone SA, Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliswil) o per posta elettronica (collective-life.ch@generali.com), un atto ufficiale di decesso dell'assicurato e un rapporto medico dettagliato sulla causa, l'inizio e l'evoluzione della malattia o del danno fisico che ha causato il decesso. Qualora la persona assicurata non fosse sottoposta a cure mediche al momento del decesso, oltre al certificato di morte ufficiale devono essere presentati documenti adeguati che attestino la causa della morte e il decorso dell'evento.

9.2 Esigibilità

In caso di decesso, il pagamento del capitale avviene al beneficiario (o i beneficiari) entro quattro settimane dal momento in cui GENERALI ha ottenuto tutte le indicazioni e tutti i certificati medici che le permettono di accertare la fondatezza del diritto alle prestazioni.

In caso di invalidità, il pagamento del capitale avviene alla persona assicurata entro 6 mesi successivi alla decisione passata in giudicato dell'Assicurazione invalidità, o rispettivamente dal ricevimento della perizia medica indipendente richiesta da GENERALI, secondo l'articolo 5.3.

Ad eccezione del capitale in caso di decesso (cfr. articolo 6.2), la persona assicurata è sempre considerata come avente diritto.

Alla persona assicurata o alla persona avente diritto designata dalla suddetta in caso di decesso, è riconosciuto un diritto di credito indipendente e diretto nei confronti di GENERALI all'insorgere di un caso assicurato. Non sono dovuti interessi sulle prestazioni il cui pagamento viene ritardato per colpa della persona assicurata o della persona avente diritto. Le prestazioni erogate per errore dovranno essere rimborsate a GENERALI dalla persona o dalle persone che ne hanno usufruito.

Articolo 10 - Violazione degli obblighi in caso di sinistro

Qualora la persona assicurata o l'avente diritto non rispetti i propri obblighi contrattuali in caso di sinistro e qualora vengano pregiudicate l'entità dell'evento assicurato o la constatazione delle sue conseguenze, GENERALI può ridurre le sue prestazioni in modo proporzionale, oppure annullarle totalmente, a meno che la persona assicurata o la persona avente diritto non provino che la violazione degli obblighi contrattuali non hanno influenzato in nessun modo le conseguenze e la constatazione dell'evento assicurato. L'obbligo di

risarcimento di GENERALI si estingue inoltre qualora venga rifiutata una visita dal medico designato da GENERALI. In questo contesto, ogni comunicazione ad Assura è considerata come effettuata a GENERALI.

Articolo 11 - Contributo di copertura assicurativa

11.1 Principio

La persona assicurata si impegna nei confronti di Assura a partecipare ai costi della copertura assicurativa che Assura è tenuta a sostenere in qualità di stipulante, mediante un contributo di copertura da corrispondere ad Assura.

11.2 Tariffa

Il contributo di copertura dipende dal premio assicurativo che Assura è tenuta a corrispondere a GENERALI, il quale risulta basato su una tariffa annuale suddivisa per fascia di età e sesso.

11.3 Adeguamenti della tariffa

In caso di un'eventuale modifica della tariffa dei premi da parte di GENERALI, Assura adeguerà di conseguenza il contributo di copertura con effetto dall'inizio dell'anno civile successivo. In questo caso, Assura notifica i nuovi contributi di copertura assicurativa alla persona assicurata entro 25 giorni prima della scadenza dell'anno civile in corso. La persona assicurata ha quindi il diritto di rescindere la copertura assicurativa per la fine dello stesso anno. Ai fini della validità, la rescissione deve pervenire ad Assura al più tardi l'ultimo giorno dell'anno civile in corso. La rescissione dev'essere effettuata per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità di cui all'articolo 13.2 di seguito, in caso contrario si riterrà che la persona assicurata abbia accettato l'adeguamento dei contributi di copertura.

11.4 Adeguamenti all'età

I contributi di copertura si basano sulla tariffa applicabile al gruppo di età corrispondente. L'adattamento del contributo di copertura viene effettuato il 1° gennaio dell'anno in cui la persona assicurata compie 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56 e 61 anni. L'età della persona assicurata determinante per la copertura assicurativa e per il calcolo dei contributi di copertura corrisponde alla differenza tra l'anno civile e l'anno di nascita. Un aumento dei contributi di copertura dovuto al passaggio nella categoria di età superiore prevista dalla copertura non costituisce un giusto motivo di disdetta ai sensi dell'articolo.

11.5 In caso di decesso di una persona assicurata durante la copertura assicurativa, Assura rimborsa pro-rata temporis il contributo di copertura già corrisposto per la copertura d'invalidità e di decesso della persona assicurata. In caso di liquidazione del capitale per invalidità durante il periodo di copertura, Assura rimborsa alla persona assicurata pro-rata temporis il contributo di copertura già corrisposto per la copertura di invalidità.

Articolo 12 - Versamento del contributo di copertura e conseguenze in caso di mora

12.1 Il contributo di copertura deve essere corrisposto al più tardi il primo giorno dell'inizio della copertura assicurativa. Il creditore del contributo di copertura è Assura. Il debitore del contributo di copertura nei confronti di Assura è la persona assicurata.

12.2 Qualora il contributo di copertura non venga corrisposto entro la data prevista, la persona assicurata viene sollecitato a sue spese, per iscritto o in altra forma che consenta la prova per testo, a corrispondere il contributo di copertura dovuto entro 14 giorni dalla data del sollecito e le vengono ricordate le conseguenze connesse a tale ritardo.

12.3 Qualora l'assicurato non corrisponda il contributo di copertura dovuto entro il termine indicato, Assura è autorizzata a rescindere il contratto tra Assura e la persona assicurata due mesi dopo la scadenza del termine fissato nel sollecito, con conseguente revoca della copertura assicurativa di Previsia Malattia. La rimessa in vigore richiede una nuova dichiarazione di adesione.

12.4 Le spese amministrative aggiuntive derivanti dalla procedura d'ingiunzione di pagamento, pari a CHF 30, vengono addebitate alla persona assicurata.

Oltre ai costi legati alla procedura esecutiva riscossi dall'ufficio d'esecuzione, alla persona assicurata vengono addebitate anche le spese amministrative inerenti all'avvio della procedura esecutiva per un importo pari a CHF 80.

Articolo 13 - Disposizioni finali

13.1 Cessione e costituzione in pegno

I diritti alle prestazioni assicurate non possono essere ceduti né costituiti in pegno.

13.2 Comunicazioni

Ad eccezione delle notifiche descritte all'articolo 9, tutte le comunicazioni della persona assicurata devono essere indirizzate ad Assura. La rescissione da parte della persona assicurata può essere inviata alla direzione di Assura a Pully per posta oppure per e-mail o per SMS all'indirizzo mail/numero indicati nel sito internet di Assura SA, www.assura.ch. GENERALI riconosce queste comunicazioni come indirizzate a sé stessa. Ogni comunicazione da parte di Assura o di GENERALI sarà indirizzata all'ultimo indirizzo valido indicato dalla persona assicurata.

13.3 Valore di riscatto e trasformazione

Questa assicurazione non comporta né valore di riscatto né valore di trasformazione.

13.4 Nessuna partecipazione alle eccedenze

Questa copertura non dà diritto alle persone assicurate di partecipare alle eccedenze.

13.5 Protezione dei dati

GENERALI e Assura si attengono alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e all'Ordinanza sulla protezione dei dati (OPDa) con riferimento a tutte le informazioni che acquisiscono e trattano in qualità di controller autonomi per la persona assicurata.

Sottoscrivendo la dichiarazione di adesione, la persona assicurata autorizza GENERALI e Assura a raccogliere, trattare, trasmettere e memorizzare i propri dati personali nella misura in cui ciò risulti necessario ai fini della verifica della dichiarazione di adesione, della gestione degli obblighi contrattuali associati, dell'adempimento del contratto collettivo tra Generali e Assura e al fine di ottemperare a requisiti normativi/legali.

I dati personali trasmessi a GENERALI e/o ad Assura possono essere utilizzati ai fini della verifica della dichiarazione di adesione, della determinazione del contributo di copertura, della gestione del contratto, di un'eventuale liquidazione di un sinistro, di tutte le azioni

legate alla fornitura di prestazioni derivanti dalla copertura assicurativa e ai fini di analisi statistiche condotte da GENERALI e/o Assura.

È permessa la trasmissione legata al caso a terzi partecipanti in Svizzera, in particolare a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altre società del Gruppo Generali e/o del Gruppo Assura, creditori pignorati, autorità e avvocati. Un'eventuale trasmissione a terzi partecipanti all'estero è consentita solo qualora risultino soddisfatti i requisiti previsti dall'art. 16 della Legge federale sulla protezione dei dati e dall'allegato 1 dell'Ordinanza sulla protezione dei dati a garanzia di una protezione adeguata dei dati.

Nell'ambito di un evento assicurato (ad es. in caso di sinistro), la persona assicurata o la persona avente diritto esonera esplicitamente il personale medico che effettua il trattamento dal suo obbligo di riservatezza nei confronti di GENERALI. In caso di necessità, GENERALI può richiedere un ulteriore consenso per la raccolta o il trattamento dei dati.

Ai fini della verifica della copertura e delle prestazioni, la persona assicurata autorizza in particolare Assura a trasmettere a GENERALI i dati necessari per la propria identificazione (dati anagrafici e relativi alla copertura) e tutti i dati necessari per la gestione del rispettivo caso di prestazione, a eccezione dei propri dati sanitari.

I dati vengono conservati da GENERALI e da Assura in forma protetta e confidenziale, cartacea o elettronica, per almeno dieci anni a partire dalla risoluzione del contratto ovvero dalla liquidazione di un sinistro. **Alla persona assicurata è riconosciuto il diritto di richiedere ad Assura e a GENERALI le informazioni previste per legge in merito al trattamento dei dati che la riguardano e di esercitare i diritti conferiti dalla LPD.** Ulteriori informazioni in merito alla protezione dei dati sono disponibili su generali.ch/it/note-legali/protezione-dei-dati e assura.ch/it/protezione.

13.6 Sanzioni economiche, commerciali o finanziarie
GENERALI non è tenuta a liquidare un sinistro o a erogare qualsivoglia altra prestazione sulla base del contratto collettivo e della copertura assicurativa a esso collegata qualora tali operazioni risultino vietate da sanzioni commerciali, finanziarie o economiche, leggi o disposizioni, divieti, restrizioni o risoluzioni dell'ONU, dell'UE, del Regno Unito, degli Stati Uniti e/o della Svizzera (ad es. conformemente a LEmb, elenco completo delle persone, aziende e organizzazioni sanzionate della Segreteria di Stato dell'economia SECO). L'elenco aggiornato delle disposizioni sanzionatorie e dei territori nell'ambito dei quali non è possibile effettuare un pagamento a causa di restrizioni geografiche è disponibile su generali.ch/it/note-legali/clausola-sanzionatoria. In tal caso, l'obbligo di fornire la prestazione risulta sospeso e torna in vigore in caso di eventuale revoca del divieto.

13.7 Luogo di adempimento, giurisdizione e foro competente

Gli obblighi derivanti dal rapporto contrattuale tra Assura e la persona assicurata, gli obblighi delle persone assicurate e le prestazioni assicurative di GENERALI derivanti da "Previsia Malattia" devono essere ottemperati in Svizzera e in valuta svizzera.

Il foro competente in caso di controversie derivanti dal contratto tra Assura e la persona assicurata in merito al contributo di copertura risulta presso la sede di Assura a Pully, oppure, in alternativa, presso il domicilio della persona assicurata.

Il foro competente in caso di controversie la persona assicurata o la persona avente diritto e GENERALI in merito alle prestazioni assicurative derivanti da "Previsia Malattia" risulta presso la sede di GENERALI a Horgen, oppure, in alternativa, presso il domicilio della persona assicurata o della persona avente diritto.

**Generali Assicurazioni per persone SA
Assura SA**

Condizioni generali per l'assicurazione individuale contro gli infortuni per adulti e bambini

Previsia Maxi

Edizione 01.2020 – modificata 01.2022

DEFINIZIONI

- LAMal:** Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994
- LAINF:** Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981
- LAI:** Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959
- LAM:** Legge federale sull'assicurazione militare del 19 giugno 1992
- LCA:** Legge federale sul contratto di assicurazione del 2 aprile 1908

ENTITÀ DELL'ASSICURAZIONE

Articolo 1 - Base della copertura

1.1 I diritti e gli obblighi dello stipulante, dell'assicurato e dell'avente diritto sono definiti nella polizza di assicurazione e nelle presenti condizioni generali di assicurazione.

1.2 In mancanza di disposizione contrattuale espressa, è applicabile la LCA.

Articolo 2 - Campo delle prestazioni

La persona designata nominativamente è assicurata conformemente alle prestazioni stipulate nella polizza.

Articolo 3 - Eventi assicurati

Sono assicurati nei limiti delle condizioni previste qui di seguito:

- gli infortuni professionali ai sensi della LAINF;
- gli infortuni non professionali ai sensi della LAINF;
- le malattie professionali ai sensi della LAINF;
- l'annegamento;
- i congelamenti;
- le lesioni assimilate agli infortuni ai sensi della LAINF

Articolo 4 - Esclusioni dalla copertura assicurativa

4.1 Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni verificatisi:

- durante degli eventi di guerra in Svizzera;
- durante degli eventi di guerra in altri paesi a meno che l'infortunio non accada entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- durante dei disordini interni (atti di violenza contro delle persone e delle cose, all'occasione di assembramenti, di tafferugli o di sommosse) e delle misure prese per porvi rimedio, a meno che l'assicurato provi che non ha partecipato attivamente a questi disordini accanto ai perturbatori o che non li ha istigati;

- durante dei terremoti;
- **durante la pratica di uno sport, motorizzato o meno, per il quale l'assicurato è remunerato;**
- in occasione di un atto temerario. Vi è atto temerario se l'assicurato si espone ad un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. La giurisprudenza e la dottrina applicabili nell'ambito dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF) sono applicabili per analogia per determinare l'esistenza o meno di un atto temerario;
- al servizio di un esercito straniero;
- durante dei crimini o dei delitti commessi dall'assicurato;
- in seguito a delle radiazioni ionizzanti di ogni natura;
- **in seguito a degli interventi medici o chirurgici**, tranne se si sono resi necessari in seguito ad un infortunio assicurato;
- in seguito all'assunzione o all'iniezione di medicinali, droghe o prodotti chimici non prescritti medicalmente;
- quando l'assicurato guida dei mezzi di trasporto senza essere in possesso delle licenze e autorizzazioni richieste dalle autorità competenti.

4.2 Le conseguenze di infortuni avvenuti prima della conclusione del contratto di assicurazione sono escluse dall'assicurazione.

Articolo 5 - Diritto alle prestazioni dopo la cessazione della copertura assicurativa

Assura SA continua a fornire le sue prestazioni per gli infortuni in corso alla cessazione della copertura assicurativa.

Articolo 6 - Portata territoriale

In tutto il mondo. Tuttavia, in caso di viaggi o di soggiorni all'estero, è valida unicamente per 12 mesi.

PRESTAZIONI ASSICURATE

Articolo 7 - Decesso

7.1 Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'assicurato, Assura SA versa il capitale convenuto al beneficiario designato dallo stipulante, o nella polizza di assicurazione, o in un'ulteriore disposizione.

Senza una designazione esplicita, sono considerati come beneficiari nell'ordine seguente:

- il coniuge o partner registrato;
- i figli, ivi compresi quelli adottivi;
- il padre e la madre;
- i fratelli e le sorelle.

In mancanza di superstiti delle categorie summenzionate, Assura SA paga la metà della somma assicurata:

- ai nonni.

Se non esiste alcun avente diritto superstite delle categorie citate, (né beneficiario designato, né beneficiario nelle categorie succitate), Assura SA paga unicamente le spese del funerale, ma al massimo fino a concorrenza del 10% della somma assicurata.

7.2 Se i beneficiari sono i bambini ancora a carico dello stipulante, Assura SA versa una seconda volta la somma stabilita in caso di decesso e ciò in parti uguali a questi bambini, se lo stesso evento provoca il decesso dell'assicurato e del suo coniuge.

7.3 Non ha diritto al capitale colui che ha provocato la morte dell'assicurato con un crimine o un delitto commesso intenzionalmente.

7.4 L'eventuale capitale per l'invalidità pagato per lo stesso infortunio sarà dedotto da quello dovuto in caso di decesso.

7.5 Assura SA è autorizzata a pagare un capitale di al massimo CHF 2'500 se l'assicurato decede prima di aver compiuto 2 anni e sei mesi, e di al massimo CHF 20'000 per tutti i contratti conclusi a nome del bambino se decede prima di aver compiuto 12 anni.

Articolo 8 - Invalidità

8.1 Se l'evento infortunistico ha come conseguenza un danno importante e duraturo all'integrità fisica, mentale o psichica dell'assicurato, Assura SA verserà, in caso di invalidità totale, un capitale corrispondente all'importo totale della somma assicurata e, in caso di invalidità parziale, un capitale ridotto all'importo corrispondente al grado di invalidità. Qualora lo stesso evento infortunistico dà diritto, simultaneamente, a delle prestazioni secondo la LAINF e relative ordinanze, il tasso di invalidità medico-teorica fissato dall'assicuratore LAINF in applicazione dell'art. 24 LAINF si applica per analogia nella determinazione del danno all'integrità fisica, mentale o psichica. Negli altri casi, l'invalidità medico-teorica si determina conformemente all'art. 8.2 qui sotto.

8.2 Calcolo ed esigibilità del capitale in caso di invalidità: per la valutazione del grado di invalidità sono applicabili i seguenti principi:

8.2.1 Sono considerati casi di invalidità totale la perdita o l'impotenza funzionale completa delle due gambe o dei due piedi, delle due braccia o delle due mani, come pure la perdita o l'impotenza funzionale completa di un braccio o di una mano e di una gamba o di un piede, la cecità totale, la paralisi totale, i disturbi della psiche incurabili tali da escludere qualsiasi attività professionale;

8.2.2 In caso di invalidità parziale, il grado di invalidità è determinato dalle percentuali delle invalidità totali seguenti: perdita o impotenza funzionale completa di:

- un braccio al gomito o al di sopra 70%
- un avambraccio o una mano 60%
- un pollice 22%
- un indice 15%
- un altro dito 8%
- una gamba al di sopra del ginocchio 60%
- una gamba al ginocchio o al di sotto 50%
- un piede 40%
- un alluce 8%
- un altro dito del piede 3%
- la vista da un occhio 30%
- la vista dal secondo occhio per i ciechi
- da un occhio 50%

- l'udito da entrambe le orecchie 60%
- l'udito da un orecchio 15%
- l'udito da un orecchio quando quello dell'altro era già completamente inesistente prima dell'infortunio 30%

8.2.3 In caso di perdita o di impotenza funzionale parziale, il grado di invalidità corrispondente è ridotto proporzionalmente;

8.2.4 In caso di perdita o di impotenza funzionale simultanea di diverse parti del corpo, le percentuali corrispondenti sono addizionate. Non sarà tuttavia ammessa un'invalidità superiore al 100%;

8.2.5 Nei casi non previsti qui sopra, il grado di invalidità sarà determinato dal medico, tenuto conto delle percentuali summenzionate. In caso di disaccordo sulle conclusioni del medico, Assura SA si riserva il diritto di incaricare un perito;

8.2.6 Se alcune parti del corpo lese dall'infortunio erano già mutilate o affette da un'impotenza funzionale completa o parziale, ne sarà tenuto conto al momento della determinazione dell'invalidità assicurata, mediante la deduzione del grado di invalidità preesistente, calcolato secondo i principi precitati;

8.3 Il capitale invalidità, dovuto a titolo dell'art. 8.1 o 8.2 qui sopra, è determinato in base alla tabella seguente:

- variante I (invalidità progressiva) per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 65 anni al momento dell'infortunio;
- variante II (invalidità proporzionale) per gli assicurati che hanno più di 65 anni al momento dell'infortunio.

Capitale			Capitale			Capitale			Capitale		
Grado Variante			Grado Variante			Grado Variante			Grado Variante		
Inv.			Inv.			Inv.			Inv.		
I	II		I	II		I	II		I	II	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Articolo 9 - Indennità giornaliera in caso di incapacità lavorativa

9.1 In caso di incapacità lavorativa totale, Assura SA versa per ogni giorno dell'anno l'indennità giornaliera convenuta durante la durata dell'incapacità lavorativa attestata medicalmente.

9.2 In caso di incapacità lavorativa parziale, l'indennità giornaliera è ridotta di un importo corrispondente al grado della capacità lavorativa.

9.3 Nessuna prestazione viene versata per il giorno dell'infortunio. Il termine di attesa convenuto inizia il giorno in cui l'incapacità lavorativa è stata constatata medicalmente, ma al più presto il giorno susseguente l'infortunio.

9.4 La durata del diritto alle prestazioni è di al massimo 720 giorni per caso di infortunio nei 5 anni a decorrere dal giorno dell'infortunio. Per il calcolo del termine di attesa, i giorni di incapacità lavorativa totale o parziale vengono contati come giorni interi e non sono dedotti dalla durata delle prestazioni.

9.5 Per quanto riguarda la durata delle prestazioni e il termine di attesa, i postumi di un infortunio sono considerati come un nuovo caso se, in seguito allo stesso infortunio, la persona assicurata non è stata in incapacità lavorativa durante i 12 mesi precedenti alla ricaduta. In caso di ricaduta entro i 12 mesi, il termine è soppresso e le prestazioni già percepite sono prese in considerazione per il calcolo della durata massima delle prestazioni.

Articolo 10 - Indennità giornaliera in caso di ospedalizzazione

10.1 Assura SA versa l'indennità giornaliera convenuta durante la durata medicalmente necessaria dell'ospedalizzazione, ma al massimo durante 5 anni a contare dal giorno dell'infortunio.

10.2 Assura SA versa ugualmente questa indennità in caso di cure prescritte medicalmente e seguite con l'assenso dell'assicuratore in un ente specializzato.

10.3 In caso di soggiorni di convalescenza prescritti medicalmente in seguito ad un'ospedalizzazione, Assura SA versa il 50% dell'indennità giornaliera di ospedalizzazione convenuta durante al massimo 4 settimane.

10.4 Se l'assicurato viene curato a domicilio da un servizio di assistenza medica e di conseguenza evita o abbrevia un'ospedalizzazione, Assura SA versa il 50% dell'indennità giornaliera stipulata in caso di ospedalizzazione durante un periodo limitato a 180 giorni.

10.5 L'indennità giornaliera in caso di soggiorno ospedaliero ai sensi dell'art. 10.1 è raddoppiata:

- per gli infortuni verificatisi all'estero fintantoché un'ospedalizzazione in loco è medicalmente necessaria;
- in caso di ospedalizzazione simultanea dell'assicurato e del suo coniuge in seguito allo stesso infortunio.

Articolo 11 - Spese di guarigione e spese diverse

11.1 Assura SA sostiene senza limite di durata e di importo le seguenti spese, su riserva di quelle oggetto di un limite di importo:

11.1.1 Spese mediche in Svizzera

Le spese per le cure necessarie prestate o prescritte da un medico, un chiropratico o un dentista, come pure le spese per le cure, il soggiorno e la pensione in divisione privata (camera a un letto) di un ente ospedaliero o di una clinica.

11.1.2 Spese mediche all'estero

Su presentazione di una fattura dettagliata, Assura SA assume le cure ambulatoriali e ospedaliere necessarie allorché l'infortunio assicurato avviene all'estero.

Su presentazione di una fattura dettagliata rilasciata da un fornitore di prestazioni che esercita in uno dei paesi dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), Assura SA assume inoltre ogni partecipazione pecuniaria sostenuta dall'assicurato (franchigia, aliquota percentuale, ecc.), in applicazione della legislazione del paese di villeggiatura.

11.1.3 Prestazioni specifiche quando l'infortunio avviene all'estero

Se l'assicurato è ospedalizzato all'estero e se per motivi medici non può essere trasferito in Svizzera, Assura SA paga le spese supplementari per:

- il prolungamento del soggiorno di un membro della famiglia, rispettivamente della persona che accompagna l'assicurato nel luogo di ospedalizzazione;
- il trasporto ed il soggiorno di un membro stretto della famiglia dell'assicurato (coniuge, padre/madre, fratello/sorella, figlio/figlia o convivente) fino al luogo di ospedalizzazione se questa dura più di 7 giorni.

11.1.4 Contributo per spese di mantenimento

In caso di soggiorno in un ente ospedaliero, Assura SA rimborsa il contributo dovuto dall'assicurato per le spese di mantenimento secondo la LAINF e la LAM.

11.1.5 Spese per le medicine alternative

Assura SA assume le seguenti terapie riconosciute (lista esaustiva):

- Agopressione
- Agopuntura
- Aromaterapia
- Biorisonanza
- Drenaggio linfatico
- Etiopatia
- Fasciaterapia – pulsologia
- Omeopatia
- Iridologia
- Chinesioterapia
- Medicina cinese
- Mesoterapia
- Ortobionomy
- Osteopatia
- Fitoterapia
- Riflessologia
- Serocitoterapia
- Shiatsu
- Sofrologia curativa
- Simpatoterapia
- Terapia craniosacrale
- Terapia neurale

Unicamente su prescrizione medica

- Euritmia curativa
- Eutonia

Questa presa a carico è subordinata al fatto che le terapie siano prodigate da terapeuti membri di un'associazione professionale riconosciuta e menzionati nell'Allegato 1 delle presenti condizioni generali di assicurazione. Tale allegato fa parte integrante del contratto. Può essere oggetto di una modifica unilaterale da parte dell'assicuratore, in particolare per adeguarlo ad un cambiamento della cerchia dei fornitori di cure. In tal caso non sussiste alcun diritto di disdetta per gli assicurati. L'allegato può essere ottenuto in qualsiasi momento sul sito Internet di Assura SA oppure, su richiesta, per telefono o nelle succursali di Assura SA.

11.1.6 Cure a domicilio

Assura SA accorda un importo massimo di CHF 300 al giorno quando l'assicurato riceve delle cure prescritte da un medico e prestate da un servizio di assistenza medica.

11.1.7 Aiuto domiciliare

Le spese per la tenuta dell'economia domestica da parte di un servizio di assistenza sono assunte fino a concorrenza di CHF 80 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso, in presenza di un'incapacità lavorativa di almeno il 50% attestata da un medico.

11.1.8 Custodia di bambini

Quando una persona adulta assicurata è ospedalizzata, le spese di custodia, da parte di un ente ufficiale, per un bambino fino a 15 anni che vive nello stesso nucleo familiare sono assicurate fino a concorrenza di CHF 80 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso.

11.1.9 Spese di accompagnamento all'ospedale

Quando un bambino minorenne assicurato è ospedalizzato, Assura SA assume le spese delle notti fatturate dall'ospedale fino a concorrenza di CHF 100 al giorno, ma al massimo CHF 3'000 per caso. Lo stesso vale per le spese di un bambino di età inferiore a 5 anni che deve soggiornare all'ospedale con sua madre o suo padre infortunata(o).

11.1.10 Sorveglianza dei bambini a domicilio

Quando il bambino assicurato è curato a domicilio, sono ugualmente coperte, durante 6 mesi, le spese supplementari per i servizi di un sorvegliante messo a disposizione da un ente fino a concorrenza di CHF 80 al giorno. Inoltre, se il bambino frequenta la scuola, deve trovarsi nell'incapacità di recarvisi.

11.1.11 Cure e soggiorni di convalescenza

Le spese per le cure prescritte medicalmente sono assunte senza limiti in Svizzera ed all'estero. Le spese supplementari per il soggiorno e la pensione sono indennizzate fino a concorrenza di CHF 200 al giorno, ma al massimo CHF 6'000 per caso.

11.1.12 Mezzi ausiliari

Se per l'infortunio è stato necessario un trattamento effettuato da un medico oppure un soggiorno ospedaliero, Assura SA assume le spese di un primo acquisto di protesi, occhiali, apparecchi acustici e mezzi ausiliari ortopedici, così come le relative spese di riparazione o di sostituzione quando sono danneggiati o distrutti durante un infortunio assicurato. Sono ugualmente coperte le spese di locazione di ausili sanitari.

11.1.13 Cure dentarie

Assura SA assume le spese delle cure prestate o prescritte da un dentista. Per i bambini, Assura SA sostiene le spese per le cure provvisorie come pure per quelle definitive. Queste spese sono assunte a condizione che la cura sia effettuata prima che l'assicurato abbia compiuto 22 anni.

11.1.14 Interventi di chirurgia estetica

Assura SA copre, fino a concorrenza di CHF 60'000 per caso, le spese degli interventi di chirurgia estetica a condizione che questi si avverino medicalmente necessari in seguito all'infortunio.

11.1.15 Spese di ricerca e di salvataggio

Le spese necessarie sono coperte fino a concorrenza di CHF 60'000.

11.1.16 Spese di trasporto

Assura SA assume le spese di un trasporto necessario dal profilo medico e adatto alla situazione medica, a condizione che lo stato di salute dell'assicurato non permetta l'utilizzo di un mezzo di trasporto usuale pubblico o privato. I trasporti effettuati da membri della famiglia non sono indennizzati.

11.1.17 Trasporto della salma

Assura SA assume le spese di trasporto della salma fino al luogo di domicilio svizzero dell'assicurato. Sono ugualmente coperte le spese delle formalità ufficiali e amministrative per l'eventuale rimpatrio del corpo.

11.1.18 Danni materiali

Nell'ipotesi in cui l'infortunio abbia necessitato una cura medica da parte di un medico od un soggiorno all'ospedale, Assura SA assume le spese per la pulizia, la riparazione o la sostituzione (valore a nuovo) degli abiti o degli altri effetti personali dell'assicurato danneggiati durante un infortunio assicurato fino a concorrenza di CHF 6'000 per sinistro. Sono ugualmente coperte le spese di pulizia del veicolo o di altri oggetti appartenenti a delle persone private che si sono occupate del salvataggio e del trasporto del ferito.

11.1.19 Assistenza scolastica

Quando l'assicurato minorenne non è in grado di seguire il programma scolastico durante un mese o più, Assura SA assume le spese per lezioni di recupero scolastico fornite da una persona qualificata. Il contributo di Assura SA ammonta a CHF 50 al giorno, ma al massimo CHF 3'000 per anno civile.

11.1.20 Assistenza all'estero e rimpatrio

Le spese di assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alla convenzione di assistenza turistica conclusa tra Assura SA e l'ente di assistenza, le cui disposizioni fanno parte integrante delle presenti CGA.

11.2 Le prestazioni descritte all'art. 11 rientrano nel campo di un'assicurazione danni e saranno prese a carico da Assura SA solamente su presentazione di fatture e nei limiti delle spese effettivamente sostenute dallo stipulante, rispettivamente dall'assicurato.

11.3 Se un'assicurazione sociale prende a carico i costi (in particolare LAMal, LAINF, LAI, LAM), Assura SA interviene solo a complemento.

11.4 Le franchigie e le partecipazioni a carico dell'assicurato contabilizzate secondo la LAMal non sono indennizzate da Assura SA.

11.5 Le riduzioni delle prestazioni secondo la LAINF non sono compensate.

11.6 Se esistono altre assicurazioni contro gli infortuni secondo la LCA, Assura SA riduce proporzionalmente le sue prestazioni.

Articolo 12 - Intervento di altri assicuratori o di terzi

Se sono state pagate delle spese da un terzo responsabile o dal suo assicuratore, queste non sono rimborsate sulla base del presente contratto. Se Assura SA è chiamata a rispondere al posto del responsabile, l'assicurato è tenuto a cederle i suoi diritti fino a concorrenza dell'importo da essa assunto.

SINISTRI

Articolo 13 - Gestione del sinistro

13.1 In caso di infortunio, Assura SA deve esserne informata immediatamente.

13.2 L'assicurato o l'avente diritto deve prendere ogni provvedimento utile per chiarire le circostanze dell'infortunio e le sue conseguenze; l'assicurato deve segnatamente liberare dal segreto professionale nei confronti di Assura SA i medici che lo hanno curato ed autorizzare i medici incaricati da quest'ultima ad esaminarlo.

13.3 L'assicurato o l'avente diritto deve trasmettere ad Assura SA delle copie di conteggi e fatture nonché di ogni altro documento rilasciati da o per gli assicuratori LAMal, LAINF, LAI e LAM.

13.4 In ogni caso, Assura SA è in grado di emettere il conteggio solamente in base a fatture dettagliate che menzionano le date di trattamento, la diagnosi, le prestazioni mediche prodigate, l'importo corrispondente ad ogni prestazione, nonché i nomi, gli indirizzi ed i numeri di telefono degli eventuali fornitori di cure all'estero. In mancanza della comunicazione di tali informazioni entro un termine ragionevole fissato da Assura SA, quest'ultima è autorizzata a rifiutare le prestazioni all'assicurato. Assura SA ha il diritto di chiedere le fatture originali e, se necessario, può esigere una traduzione in una lingua nazionale o in inglese dei documenti redatti in un'altra lingua, a spese dell'assicurato.

13.5 In caso di morte susseguente ad un infortunio, che avviene immediatamente o solo in seguito, Assura SA deve esserne avvisata entro 30 giorni per telefono o per posta elettronica. Assura SA può chiedere, a sue spese, un'autopsia con l'ausilio di un medico di sua scelta.

Articolo 14 - Concorso di circostanze estranee all'infortunio

Se l'infortunio assicurato è solo parzialmente la causa del decesso o dell'invalidità, le prestazioni sono proporzionalmente ridotte, se necessario in base ad una perizia medica.

Articolo 15 - Colpa grave

Assura SA rinuncia al diritto che le conferisce la legge di ridurre le proprie prestazioni.

INIZIO, DURATA E FINE DELL'ASSICURAZIONE

Articolo 16 - Inizio e fine della garanzia di assicurazione

16.1 Il diritto alle prestazioni inizia alla data fissata nella polizza di assicurazione. Per il diritto alle prestazioni degli art. 7 e 8 qui di seguito è determinante il fatto che l'infortunio all'origine dell'invalidità, rispettivamente del decesso, sia avvenuto dopo la conclusione del contratto di assicurazione.

16.2 Alla scadenza della durata contrattuale iniziale menzionata nella polizza, l'assicurazione si rinnova tacitamente ogni anno.

Articolo 17 - Trasferimento di domicilio fuori dalla Svizzera

Se l'assicurato trasferisce il domicilio fuori dalla Svizzera, per legge l'assicurato non ha più diritto all'assicurazione dalla data di partenza dal territorio svizzero annunciata all'autorità comunale o cantonale competente.

Articolo 18 - Disdetta del contratto

18.1 Dallo stipulante:

- Alla fine della durata contrattuale iniziale e ulteriormente alla fine di ogni anno civile, mediante rescissione inviata per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità di cui all'articolo 24.2 di seguito, e ricevuta da Assura SA almeno tre mesi prima di detta scadenza;
- Dopo ogni caso di sinistro per il quale Assura SA versa una prestazione. La disdetta deve intervenire per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità di cui all'articolo 24.2 di seguito, al più tardi entro 14 giorni dopo che lo stipulante ha avuto conoscenza del pagamento. In caso di disdetta, il contratto cessa di esplicare i suoi effetti 14 giorni dopo la notifica della disdetta ad Assura SA.

18.2 Dall'assicuratore:

- Assura SA rinuncia ad invocare il diritto conferitole dall'art. 42 LCA di disdire il contratto in caso di sinistro, salvo in caso di reticenza, abuso o tentativo di abuso da parte dell'assicurato.

PREMI

Articolo 19 - Premio

19.1 Il premio è pagabile in anticipo alle scadenze concordate nella polizza. Il pagamento deve essere effettuato in base alle modalità indicate da Assura SA.

19.2 Il primo premio scade il giorno dell'entrata in vigore del contratto.

19.3 Se il contratto è annullato, Assura SA rimborsa la parte del premio per il periodo non ancora decorso e rinuncia ad esigere le rate dei premi che scadono ulteriormente. In caso di disdetta a seguito di sinistro l'articolo 42 LCA rimane riservato.

Articolo 20 - Costituzione in mora e conseguenze

20.1 In caso di mancato pagamento del premio alla scadenza, lo stipulante è diffidato per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, ad effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio della diffida, la quale gli rammenta le conseguenze del suo ritardo. Lo stipulante sostiene le spese amministrative della diffida con un importo di CHF 10.

20.2 Se tale diffida rimane senza effetto, gli obblighi di Assura SA sono sospesi a decorrere dalla scadenza del termine menzionato all'art. 20.1 qui sopra. La sospensione continua fino al totale pagamento del premio, delle spese e degli interessi di mora. Allo stipulante è inviato un avviso di sospensione al fine di confermarli le conseguenze del suo mancato pagamento e di accordargli un ultimo termine di 10 giorni per evitare una procedura esecutiva o la disdetta del suo contratto. Lo stipulante sostiene le spese amministrative di detto avviso di sospensione con un importo di CHF 30.

20.3 Le spese amministrative di richiesta di procedura fallimentare presso l'ufficio competente sono a carico dello stipulante per un importo di CHF 80, oltre alle spese fatturate direttamente dall'ufficio di esecuzione e fallimenti.

20.4 A seconda delle circostanze, Assura SA può accettare di chiedere all'autorità competente la radiazione di una procedura esecutiva inizialmente giustificata. Se del caso, lo stipulante paga ad Assura SA un importo forfettario di CHF 20 per coprire le spese amministrative della richiesta.

Articolo 21 - Esenzione dal pagamento dei premi

Se, durante la durata dell'assicurazione, lo stipulante decede, Assura SA assume il pagamento dei premi futuri relativi alla categoria Previsia Maxi del bambino assicurato fino alla cessazione della copertura secondo la polizza, ma al più tardi fino alla fine dell'anno civile nel corso del quale l'assicurato compie 18 anni.

Articolo 22 - Cambiamento di classe di età

Il 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui l'assicurato compie 18 anni, il premio è adattato in base al criterio dell'età e quindi si applica l'art. 23 qui di seguito.

Articolo 23 - Modifica dei premi

23.1 In linea di massima i premi sono definiti in base a criteri come l'età dell'assicurato, la professione ed il sesso.

23.2 Assura SA può adattare la tariffa dei premi a seconda dell'evoluzione dei costi, dei sinistri e delle modifiche legali.

23.3 Se il premio è modificato in seguito ad un cambiamento di tariffa o di criterio, Assura SA è autorizzata ad adattare il premio per l'inizio dell'anno civile.

23.4 Il nuovo premio è comunicato allo stipulante almeno 25 giorni prima della sua entrata in vigore, il quale, in caso di aumento del premio, ha il diritto di disdire il contratto per la fine dell'anno civile. La disdetta deve essere inoltrata per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo, rispettando le modalità di cui all'articolo 24.2 di seguito, e dev'essere ricevuta da Assura SA al più tardi il giorno precedente all'entrata in vigore del nuovo premio, ossia al più tardi il 31.12.

Articolo 24 – Comunicazioni

24.1 Tutte le comunicazioni destinate ad Assura SA devono essere indirizzate alla sua sede sociale.

24.2 La rescissione da parte dello stipulante può essere inviata alla direzione di Assura SA a Pully per posta oppure per e-mail o per SMS all'indirizzo mail/numero indicati nel sito internet di Assura SA, www.assura.ch.

24.3 Le comunicazioni di Assura SA allo stipulante e all'assicurato sono valide se inviate all'ultimo recapito conosciuto da Assura SA.

Articolo 25 - Controversie

In caso di procedura giudiziaria, Assura SA riconosce come foro competente la propria sede sociale, come pure il domicilio svizzero dello stipulante o dell'avente diritto.

Assura SA

ALLEGATO 1 alle Condizioni generali per la categoria Previsia Maxi

Edizione 01.2020 – modificata 01.2022

Le associazioni e i terapeuti riconosciuti (cap.11.1.5 CGA)

- ASCA, Fondazione svizzera per la medicina complementare
Titolo richiesto: pratica di una terapia che figura alla lettera A qui sopra
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Titolo richiesto: diploma membro A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Titolo richiesto: membro A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.,
Titolo richiesto: membro A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (agopuntura)
Titolo richiesto: diploma o dottorato
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Titolo richiesto: certificato terapeutico
- Federazione svizzera degli osteopati (FSO)
Titolo richiesto: membro ordinario
- Associazione Svizzera di Omeopatia (ASO)
Titolo richiesto: membro attivo
- KineSuisse, Association professionnelle de kinésiologie
Titolo richiesto: membro A
- Associazione Svizzera della Kinesiologia non medicinale (ASKNM)
Titolo richiesto: membro A
- Organizzazione professionale svizzera della medicina tradizionale cinese (OPS-MTC)
Titolo richiesto: membro A
- Associazione svizzera di Ortho-Bionomy (ASOB)
Titolo richiesto: membro A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titoli richiesti: diploma di infermiere e certificato di riflessologo
- Associazione svizzera di riflessologia plantare (ASRP)
Titoli richiesti: diplomi di infermiere e dell'associazione
- Associazione svizzera di Shiatsu (ASS)
Titolo richiesto: membro A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Titolo richiesto: diploma di sofrologia medica terapeutica o educativa
- HEBV Associazione professionale di euritmia terapeutica
Titolo richiesto: membro A
- Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titolo richiesto: diploma
- Cranio Suisse (Associazione Svizzera per la Terapia Craniosacrale)
Titolo richiesto: membro terapeuta craniosacrale
- OSTEO-SWISS
Titolo richiesto: membro attivo
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Titolo richiesto: membro attivo
- Sophrologie Suisse
Titolo richiesto: diploma in sofrologia medica
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-Bioresonanz und Informationsmedizin (SEBIM)
Titolo richiesto: membro ordinario
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Titolo richiesto: diploma

A titolo individuale, sono ugualmente riconosciuti i chiropratici, fisioterapisti, ergoterapisti, infermieri ed infermiere autorizzati a praticare che beneficiano, inoltre, di una formazione specializzata perlomeno equivalente a quella richiesta dalle associazioni professionali precitate.

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare (con copertura sussidiaria dell'infortunio)

Ultra Varia

Edizione 08.2022

Assicurazione complementare delle spese ospedaliere nel reparto privato, con premio evolutivo secondo l'età effettiva dell'assicurato

Articolo 1 - Cure ospedaliere

1.1 In caso di ospedalizzazione nel reparto privato di un istituto ospedaliero che ha ottenuto le autorizzazioni d'esercizio richieste dal diritto cantonale (di seguito «Istituto»), e a complemento delle prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura SA indennizza le spese di cura, comprese quelle dispensate da un medico dell'Istituto durante l'ospedalizzazione (di seguito «Medico riconosciuto») e le spese alberghiere, fatte salve le limitazioni previste dalle Condizioni generali d'assicurazione e dalle presenti Condizioni speciali d'assicurazione, segnatamente il seguente articolo 1.6. Questa categoria d'assicurazione non si estende tuttavia agli obblighi d'assunzione dei Cantoni, ai sensi della LAMal, relativi alle spese ospedaliere e semiospedaliere al di fuori del luogo di residenza dell'assicurato.

1.2 Tali prestazioni sono accordate senza limiti di durata.

1.3 L'assicurato autorizza Assura SA a concordare con i fornitori di prestazioni (in particolare Istituti, Medici riconosciuti, ecc.) che le prestazioni possano essere pagate direttamente a tali fornitori in base al sistema del terzo pagante.

1.4 **Prima di qualsiasi ospedalizzazione, e salvo in casi di emergenza, l'assicurato e/o il suo fornitore di prestazioni (Istituto, Medico riconosciuto, ecc.) deve sottoporre una richiesta preliminare di garanzia ad Assura SA.** Una presa a carico da parte di Assura SA è concessa a condizione che sia rilasciata una garanzia d'ospedalizzazione che delimiti la copertura assicurativa relativa alla degenza ospedaliera. In mancanza di tale garanzia Assura SA non concederà alcuna prestazione.

1.5 Dopo aver ricevuto la richiesta di garanzia di ospedalizzazione, Assura SA si riserva espressamente il diritto di subordinare la concessione delle prestazioni alla stesura di un preventivo dettagliato che consenta di verificare che il fornitore di prestazioni (Istituto, Medico riconosciuto, ecc.) rispetti i principi di trasparenza, di divieto di doppia fatturazione rispetto alla LAMal e di economicità della cura, vale a dire che si limiti a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Se il preventivo è accettato da Assura SA, quest'ultima rilascia una garanzia preliminare d'ospedalizzazione che delimita la copertura concessa per la presa a carico. Assura SA ha il diritto di rifiutare qualsiasi fattura non conforme al preventivo accettato, senza giustificazione medica accertata, e/o in caso d'inosservanza dei principi di cui all'art. 1.6.

1.6 Al fine della presa a carico, la fattura del fornitore di prestazioni (Istituto, Medico riconosciuto, ecc.) non deve essere considerata abusiva e deve in particolare rispettare i principi di trasparenza, di divieto di doppia fatturazione rispetto alla LAMal e di economicità della cura, ossia limitarsi a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura.

1.7 Assura SA tiene **una lista (di seguito la «Lista») dei fornitori di prestazioni (in particolare Istituti, Medici riconosciuti, ecc.) con i quali non ha sottoscritto una convenzione tariffaria. L'assunzione dei costi di tali fornitori di prestazioni da parte di Assura SA è esclusa o soggetta a condizioni**, quali, segnatamente, l'accettazione da parte di Assura SA di un preventivo dettagliato preliminare che rispetti le condizioni di cui all'art. 1.5. **Tutte le esclusioni e le condizioni sono stabilite e descritte da Assura SA nella Lista.**

1.8 Assura SA ha il diritto di modificare unilateralmente in qualsiasi momento la Lista di cui all'art. 1.7. La modifica di tale Lista non conferisce alcun diritto di recesso all'assicurato, che può tuttavia esercitare il suo diritto di libero passaggio secondo l'art. 6. L'assicurato può ottenere tale Lista su richiesta in qualsiasi momento e gratuitamente presso Assura SA o consultarla sul sito assura.ch. **È determinante la Lista valida al momento della richiesta di garanzia indirizzata ad Assura SA o, qualora non fosse disponibile e in caso di emergenza, quella in vigore all'inizio della degenza ospedaliera.**

1.9 L'assicurato deve farsi curare in un Istituto o in un reparto ospedaliero corrispondente al tipo di cure di cui necessita. In caso contrario le prestazioni sono calcolate conformemente alle tariffe dell'ospedale pubblico adatto più vicino al suo luogo di domicilio.

1.10 **In caso d'emergenza** l'assicurato può farsi curare da qualsiasi fornitore di prestazioni (Istituto, Medico riconosciuto, ecc.) **che non figura sulla Lista di cui all'art. 1.7.**

1.11 Quando l'assicurato sceglie liberamente di soggiornare nel reparto comune di un istituto pubblico o sovvenzionato dall'ente pubblico, anziché nel reparto privato, Assura SA gli accorda un'indennità giornaliera d'ospedalizzazione di CHF 150, fino ad un importo massimo di CHF 1'500. Tale indennità ammonta a CHF 50, fino a un importo massimo di CHF 500, quando la degenza ospedaliera ha luogo in un istituto ospedaliero che figura sulla lista degli istituti riconosciuti ai sensi delle categorie Optima e Optima Plus.

Articolo 2 - Spese di sorveglianza speciale

Assura SA assume le spese cagionate da una sorveglianza speciale in caso di ospedalizzazione fino a concorrenza di una fatturazione per anno civile di CHF 1'000.

Articolo 3 - Cure all'estero

La cura all'estero (pianificata o in caso di emergenza) è coperta fino a concorrenza della tariffa privata usuale applicabile nel Cantone di domicilio dell'assicurato. In caso di cura pianificata all'estero, l'assicurato deve ottenere l'accordo preliminare di Assura SA e del suo medico di fiducia. In mancanza di tale accordo, Assura SA ha il diritto di rifiutare la concessione delle prestazioni.

Articolo 4 - Assistenza all'estero e rimpatrio

Le spese d'assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alla convenzione d'assistenza turistica conclusa tra Assura SA e l'organo d'assistenza. Le disposizioni di tale convenzione costituiscono parte integrante delle presenti CSC.

Articolo 5 - Premio assicurativo

5.1 In deroga all'articolo 12 delle CGA, il premio assicurativo aumenta di norma in funzione dell'età effettiva dell'assicurato.

5.2 L'adattamento del premio avviene il 1° gennaio dell'anno in cui l'assicurato compie l'età di 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 e 91 anni.

Articolo 6 - Libero passaggio

L'assicurato ha il diritto di chiedere in qualsiasi momento il libero passaggio ad un prodotto di assicurazione ospedaliera integrato in un portafoglio aperto di Assura SA che offre prestazioni simili meno estese («downgrade»), previo adeguamento del premio. Il passaggio non comprende i prodotti che coprono unicamente la maternità ed entra in vigore dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Articolo 7 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto stabilito all'articolo 4 delle Condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti. Per contro, gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono coperti, in particolare le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatosi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **malattie psichiche**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Non è altresì coperta la **maternità** (ai sensi dell'**art. 2.6 CGA** e secondo i casi di cui all'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Condizioni dell'assistenza turistica

Precedentemente denominata «Convenzione d'assistenza turistica»

Edizione 06.2017 – Aggiornamento del 04.2025

GUADAGNI TEMPO

Quando chiamerà per la prima volta l'organismo di assistenza (tel. +41 21 721 44 88), sia pronto a fornire le informazioni seguenti:

1. Cognome, nome e indirizzo dell'assicurato, precisando che quest'ultimo è «cliente di Assura SA»
2. Numero di assicurato Assura SA
3. Dove si trova l'assicurato e a quale numero di telefono può essere raggiunto
4. La natura del problema che giustifica la chiamata

Preambolo

Il diritto alle prestazioni di assistenza o di rimpatrio è determinato dalle presenti disposizioni e, per quanto concerne le questioni non espressamente disciplinate nelle presenti condizioni, dalla Legge sul contratto d'assicurazione (LCA). Assura SA ha incaricato un organismo di assistenza indipendente tramite cui offre le prestazioni descritte qui di seguito.

CAPITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1 – Campo di applicazione e definizioni

1. Gli assicurati che beneficiano delle coperture Natura R3, Priveco, Priveco Varia, Priveco Plus, Priveco Plus Varia, Optima, Optima Varia, Optima Plus, Optima Plus Varia, Ultra, Ultra Varia, Aventura, Mondia, Mondia Plus, Previsia Plus, Previsia Maxi e Previsia Extra hanno diritto all'insieme delle garanzie descritte nelle presenti condizioni.

Gli assicurati che beneficiano delle coperture Complementa e Complementa Plus hanno diritto unicamente alle garanzie da 1 a 3.

2. Ai sensi delle presenti disposizioni, si intende per: **Parenti stretti**: gli ascendenti e i discendenti di primo grado, il coniuge, i fratelli e le sorelle del beneficiario nonché ogni persona che vive in comunione domestica con lui.

Ragione medica grave: una ferita o una lesione consecutiva a un infortunio o una malattia che implica un soggiorno prevedibile all'ospedale del luogo, di più di 24 ore, oppure l'amministrazione di cure specializzate.

Paese di residenza: il Paese nel quale si trova il domicilio fiscale del beneficiario in cui risiede più di 90 giorni l'anno.

Urgenza/emergenza: sussiste nel momento in cui l'assicurato si trova in una situazione tale per cui la sua vita è messa in pericolo o quando necessita di un trattamento medico immediato.

Articolo 2 – Territorialità delle garanzie

1. Gli assicurati Natura R3, Priveco, Priveco Varia, Priveco Plus, Priveco Plus Varia, Optima, Optima Varia, Optima Plus, Optima Plus Varia, Ultra, Ultra Varia, Aventura, Mondia, Mondia Plus, Previsia Plus, Previsia Extra e Previsia Maxi

beneficiano delle garanzie da 1 a 11 all'estero, in tutto il mondo, e della garanzia 2 in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein al di là di un raggio di 20 km dal loro domicilio.

2. Gli assicurati Complementa e Complementa Plus beneficiano delle garanzie da 1 a 3 all'estero in tutto il mondo e della garanzia 2 in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein al di là di un raggio di 20 km dal loro domicilio.

3. Per gli assicurati che hanno trasferito il proprio domicilio in una zona di frontiera, il Paese nel quale risiedono è assimilato alla Svizzera e al Principato del Liechtenstein.

Articolo 3 – Durata della copertura assicurativa

Le garanzie previste dalle presenti condizioni si applicano esclusivamente ai viaggi con una durata massima di 45 giorni consecutivi, fatti salvi i casi in cui una durata superiore sia stata concordata con Assura SA conformemente alle condizioni speciali di assicurazione del prodotto di cui l'assicurato è beneficiario.

Un diritto alle prestazioni può essere concesso, sempre nel rispetto dei limiti previsti dalle presenti condizioni, soltanto se un evento coperto dall'assicurazione si verifica durante il periodo di copertura inizialmente concordato. Qualora un evento coperto dall'assicurazione dovesse essere all'origine di un prolungamento della durata del viaggio rispetto al periodo inizialmente concordato, la copertura assicurativa sarà estesa per tutto il tempo necessario. Per i beneficiari della complementare Aventura, il diritto alle prestazioni è limitato in caso di evento coperto dall'assicurazione a un massimo di 365 giorni.

Articolo 4 – Prescrizione

Ogni azione derivante dalla presente assicurazione si prescrive dopo cinque anni a decorrere dal momento dell'evento che ne è all'origine.

Articolo 5 – Surrogazione e sussidiarietà

Assura SA è surrogata nei diritti e nelle azioni del beneficiario contro ogni responsabile dei danni che hanno causato l'intervento dell'organismo di assistenza e fino a concorrenza degli importi pagati da Assura SA.

In caso di concorso di coperture con un assicuratore sociale, l'organismo di assistenza assume le spese solo a titolo complementare.

Articolo 6 – Responsabilità dell'organismo di assistenza

L'organismo di assistenza non può essere ritenuto responsabile dei ritardi o degli impedimenti nell'esecuzione dei servizi concordati in caso di sciopero, esplosione, sommossa, movimento popolare, restrizione alla libera circolazione, sabotaggio, terrorismo, guerra (compresa guerra civile),

emanazione di calore, irradiazione o effetto di soffio proveniente dalla fissione o dalla fusione dell'atomo, radioattività o qualsiasi altro caso di forza maggiore.

CAPITOLO II – DESCRIZIONE DELLE GARANZIE

A) GARANZIE DI PERSONE

Articolo 7

Garanzia 1 – Organizzazione delle cure e anticipo delle spese mediche

In seguito ad una malattia o ad un infortunio, l'organismo di assistenza:

1. organizza, su richiesta del beneficiario, le consultazioni mediche necessarie (medico, ospedale, analisi, interventi chirurgici, ...).
2. anticipa per conto di Assura SA le spese di ospedalizzazione o le spese delle cure ambulatoriali superiori al controvalore di CHF 1'000. La garanzia si limita a quanto sarà verosimilmente preso a carico dalle assicurazioni obbligatorie e complementari del beneficiario nella situazione concreta.

Ogni anticipo dovrà essere rimborsato dal beneficiario ad Assura SA entro trenta giorni a partire dal rientro nel Paese di residenza, nella misura in cui l'importo non è preso a carico direttamente da Assura SA o da altri assicuratori, conformemente alle coperture di assicurazione concluse. Prima di concedere l'anticipo, l'organismo di assistenza e Assura SA si riservano il diritto di esigere dal beneficiario un riconoscimento di debito fino a concorrenza dell'importo anticipato.

Sono escluse dalla presente garanzia:

- le spese mediche e chirurgiche prescritte da un medico in Svizzera, rispettivamente nel Paese di residenza
- le spese prescritte dopo la scadenza della garanzia e quelle sorte dopo il rientro in Svizzera o nel Paese di residenza
- le spese di protesi, di articoli ottici e di cure termali.

Articolo 8

Garanzia 2 – Trasporto sanitario

In caso di grave motivo medico, l'organismo di assistenza:

1. facilita l'ammissione del beneficiario nell'ente ospedaliero più vicino al luogo della malattia o dell'infortunio.
2. trasferisce il beneficiario, se necessario, con ogni mezzo adeguato (ambulanza, aereo di linea, aereo sanitario privato) presso il centro ospedaliero vicino al luogo dell'infortunio o della malattia più adatto alla cura che deve seguire secondo la natura delle ferite, della lesione o della malattia.
3. organizza il rimpatrio del beneficiario al suo domicilio – una volta ricevute le cure necessarie e non appena un ritorno nel Paese di residenza sarà considerato appropriato – per mezzo di un treno in 1^a classe o un aereo di linea in business class, a patto che il titolo di trasporto che il beneficiario aveva inizialmente previsto di utilizzare per il suo ritorno nel Paese di residenza non sia più utilizzabile.
4. rimpatria, se necessario, il beneficiario nel Paese di residenza verso un ente ospedaliero vicino al suo domicilio, a

patto che un suo ritorno al Paese di residenza sia considerato appropriato.

Questo rimpatrio sanitario sarà effettuato con qualsiasi mezzo adeguato, ivi compreso l'aereo sanitario privato. Se lo stato di salute del beneficiario lo richiede, il trasporto sarà effettuato sotto sorveglianza medica.

Articolo 9

Garanzia 3 – Rimpatrio dopo decesso

In caso di decesso del beneficiario, l'organismo di assistenza si occupa di tutte le formalità richieste sul luogo e del pagamento immediato delle spese di cura post mortem, della bara e del trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel Paese di residenza, all'esclusione delle spese di funerale e di inumazione.

Articolo 10

Garanzia 4 – Rimpatrio delle altre persone assicurate

In caso di rimpatrio di un beneficiario per un motivo medico di entità grave o il suo decesso, è garantita la copertura delle spese aggiuntive occorse per il rimpatrio simultaneo di altri beneficiari che hanno intrapreso il viaggio con il beneficiario che è all'origine del rimpatrio. Tale rimpatrio fino al domicilio nel Paese di residenza può avvenire per mezzo di un treno in 1^a classe o un aereo di linea in business class, a patto che, tenuto conto delle circostanze, i titoli di trasporto che i beneficiari in questione avevano inizialmente previsto di utilizzare per il loro ritorno nel Paese di residenza non siano più utilizzabili.

Articolo 11

Garanzia 5 – Visita di un parente stretto

Se il beneficiario è ricoverato all'estero per un periodo superiore a sette giorni, l'organismo di assistenza mette a disposizione di un parente stretto un titolo di trasporto di andata e ritorno per viaggiare in treno in 2^a classe o in aereo in classe economy al fine di potersi recare dal beneficiario.

Articolo 12

Garanzia 6 – Rimpatrio dei figli del beneficiario

Se, in seguito a un suo ricovero o a un suo rimpatrio sanitario, il beneficiario non può garantire la custodia dei figli che non hanno ancora compiuto 15 anni, l'organismo di assistenza mette a disposizione di una persona designata dal beneficiario un biglietto di andata e ritorno che consenta a quest'ultima di viaggiare in treno in 2^a classe o in aereo in classe economy al fine di potersi occupare della loro custodia o del loro rimpatrio.

Articolo 13

Garanzia 7 – Ricerca e salvataggio

1. In caso di scomparsa, l'organismo di assistenza paga le spese di ricerca e di salvataggio del beneficiario fino a concorrenza di CHF 10'000.
2. In caso di infortunio sugli sci, l'organismo di assistenza paga le spese di salvataggio sulla pista di sci fino a concorrenza di CHF 300.

Articolo 14

Garanzia 8 – Fornitura di medicinali

Se lo stato di salute del beneficiario necessita l'assunzione di medicinali essenziali che non sono disponibili sul luogo, l'organismo di assistenza prenderà tutte le misure necessarie per ottenerli e farli pervenire al beneficiario o all'ospedale nel quale è ricoverato.

B) ASSISTENZA AMMINISTRATIVA

Articolo 15

Garanzia 9 – Perdita o furto di documenti d'identità

In caso di perdita o di furto di documenti d'identità, l'organismo di assistenza farà il possibile per aiutare il beneficiario a evadere le pratiche amministrative necessarie e a fargli pervenire qualsiasi documento necessario richiesto per il rientro nel suo Paese di residenza.

Articolo 16

Garanzia 10 – Perdita o furto di titoli di trasporto

In caso di perdita o di furto del titolo di trasporto del beneficiario per il suo rientro, l'organismo di assistenza anticiperà l'importo necessario all'acquisto di un altro titolo di trasporto, previo riconoscimento di debito firmato dal beneficiario o deposito effettuato per suo conto presso gli uffici dell'organismo di assistenza a Wallisellen.

In ogni caso, il beneficiario deve rimborsare l'organismo di assistenza non appena sarà rientrato nel suo Paese di residenza.

Articolo 17

Garanzia 11 – Ricezione e trasmissione di messaggi

L'organismo di assistenza riceverà e trasmetterà i messaggi urgenti conseguenti a un sinistro all'origine del suo intervento.

CAPITOLO III – ESCLUSIONI

A) ESCLUSIONI GENERALI

Articolo 18

Sono esclusi i sinistri:

1. causati da una guerra (compresa guerra civile), le sommosse o i movimenti popolari, gli atti di terrorismo o di sabotaggio
2. provocati volontariamente dal beneficiario o cagionati da un atto temerario o **derivanti da una colpa grave**
3. provocati dalla partecipazione del beneficiario a un crimine, un delitto o una rissa
4. cagionati dalla partecipazione del beneficiario, quale concorrente, a delle scommesse o a gare di ogni genere e natura, o imputabili alla pratica di qualsiasi sport a titolo professionale e amatoriale, quando si tratta di allenamenti o di prove volte alla preparazione e alla partecipazione a gare ufficiali o esibizioni, le quali sono pure escluse
5. dovuti agli effetti diretti o indiretti delle reazioni dell'atomo

6. risultanti da spostamenti aerei effettuati dal beneficiario quando non è un passeggero pagante di un aereo gestito commercialmente da una compagnia autorizzata a farlo.

I rimpatri, trasporti sanitari, viaggi di visita o di ritorno devono essere organizzati dall'organismo di assistenza o essere stati preventivamente autorizzati, fatti salvi i casi di urgenza/emergenza (pericolo nel ritardo). Fatta eccezione per i casi di urgenza/emergenza (pericolo nel ritardo), se l'assicurato viola in modo ingiustificato l'obbligo di rivolgersi all'organismo di assistenza o di ottenere la sua previa autorizzazione, le prestazioni assicurative possono essere ridotte all'importo che sarebbe stato corrisposto se l'obbligo fosse stato rispettato o addirittura non versate affatto.

B) ESCLUSIONI MEDICHE O DI COMPORTAMENTO

Articolo 19

Non possono dar luogo a interventi i sinistri conseguenti:

1. a un'affezione medica o chirurgica anteriore alla data di partenza in viaggio, qualunque ne sia la gravità e nella misura in cui è ancora in stato di evoluzione; la convalescenza è considerata parte integrante di tale evoluzione
2. a un'affezione soggetta a una riserva
3. a un parto e alle complicazioni della gravidanza
4. alle malattie mentali, al suicidio o alle conseguenze di un tentativo di suicidio
5. agli effetti delle droghe e dell'alcool o di farmaci non prescritti da un medico.

CAPITOLO IV – OBBLIGHI DEL BENEFICIARIO

A) GARANZIE DI PERSONE

Articolo 20 – Trasporti sanitari secondo la garanzia 2

1. Per permettere all'organismo di assistenza di intervenire nel minor tempo possibile, il beneficiario o qualsiasi persona che agisce per conto suo deve indicare:
 - il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dell'ospedale nel quale è ricoverato il paziente
 - il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del medico curante sul luogo
 - se necessario, il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del medico di famiglia nel Paese di residenza.
2. I medici e i delegati dell'organismo di assistenza dovranno, pena la decadenza del diritto all'assistenza del beneficiario e salvo opposizione giustificata, aver libero accesso presso il beneficiario al fine di poter constatare il suo stato.
3. In ogni caso, le decisioni concernenti l'opportunità e la scelta delle date, dei mezzi di trasporto e dell'ente ospedaliero saranno prese dal medico di fiducia dell'organismo di assistenza in accordo con il medico curante se necessario, e con il medico di famiglia.
4. Quando un trasporto è assunto dall'organismo di assistenza, il beneficiario è tenuto a restituire all'organismo menzionato il biglietto di ritorno inutilizzato o il suo controvalore.

B) DISPOSIZIONI COMUNI

Articolo 21 – Obbligo di annunciare un sinistro

L'avente diritto deve informare l'organismo di assistenza entro i 3 giorni dalla data in cui è avvenuto il sinistro, altrimenti dovrà assumersi i costi aggiuntivi provocati dalla violazione del presente obbligo.

Tuttavia, non si incorre in alcuna sanzione nei casi previsti dall'articolo 26 seguente.

Articolo 22 – Obbligo di ridurre il danno

L'avente diritto deve utilizzare tutti i mezzi in suo potere per diminuire il danno o per prevenirne l'insorgenza. Quando non vi sia pericolo nel ritardo, egli dovrà chiedere istruzioni all'organismo di assistenza circa i provvedimenti da prendere e conformarsi alle medesime. In caso di violazione ingiustificata di tale obbligo da parte dell'assicurato, le prestazioni assicurative saranno concesse solo fino all'importo che sarebbe stato corrisposto se l'obbligo fosse stato rispettato o addirittura non versate affatto.

Articolo 22 – Obbligo di rivolgersi all'organismo di assistenza

1. Le prestazioni sono concesse solamente nella misura in cui l'avente diritto ha contattato preliminarmente l'organismo di assistenza ed è passato tramite il suo intermediario, fatta eccezione per i casi di urgenza/emergenza. Il numero di urgenza, accessibile 24 ore su 24, figura sulla tessera d'assicurazione malattia dell'avente diritto.

2. Fatta eccezione per i casi di urgenza/emergenza (pericolo nel ritardo), se l'assicurato viola in modo ingiustificato l'obbligo di rivolgersi preliminarmente all'organismo di assistenza e di passare tramite il suo intermediario, le prestazioni assicurative possono essere ridotte all'importo che sarebbe stato corrisposto se l'obbligo fosse stato rispettato o addirittura non versate affatto.

Articolo 24 – Identità dell'organismo di assistenza

1. AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera) (una società del gruppo internazionale Allianz) è l'organismo di assistenza da contattare in caso di sinistro, al numero indicato nelle presenti condizioni nonché sulla tessera di assicurazione. La sede si trova a Wallisellen (Svizzera - ZH).

2. Assura SA si riserva il diritto di cambiare in qualsiasi momento l'organismo di assistenza. Ciò non dà diritto di rescissione allo stipulante, a condizione che le prestazioni elencate qui sopra siano garantite. Assura SA informerà lo stipulante per iscritto.

Articolo 25 – Trattamento dei dati

1. Verifica della copertura assicurativa

Per verificare una copertura assicurativa, Assura SA trasmette all'organismo di assistenza incaricato i dati necessari a identificare l'assicurato, a determinare la sua copertura assicurativa al momento della richiesta, a stabilire la durata massima della copertura per soggiorni effettuati all'estero e le date del viaggio se note, a controllare se sono state formulate riserve mediche e ad accertare l'esistenza di eventuali sospensioni della copertura assicurativa. La trasmissione può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi, rispettando le disposizioni in materia di protezione e sicurezza dei dati come previste dalla Legge federale sulla protezione dei dati.

2. Scambio di dati

2.1 L'assicurato fornisce la propria autorizzazione affinché nell'ambito dell'assistenza turistica possa avvenire uno scambio dei suoi dati personali, compresi i dati personali sensibili come quelli medici, tra l'organismo di assistenza incaricato da Assura SA, i fornitori di prestazioni interessati (medici, ospedali ecc.) e Assura SA. Tale scambio deve servire esclusivamente ai fini del coordinamento per la determinazione dell'assunzione dei costi nell'ambito dell'assistenza turistica, a stabilire il diritto alle prestazioni e a gestire i reclami, rispettando le disposizioni in materia di protezione e sicurezza dei dati.

2.2 L'organismo di assistenza registra, archivia e distrugge conformemente alle disposizioni legali i colloqui telefonici che ha avuto con l'assicurato. In caso di controversia, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie interessate. Tuttavia, in assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

2.3 La trasmissione dei dati di cui sopra tra Assura SA, l'organismo di assistenza turistica e gli altri fornitori di prestazioni coinvolti, può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale, rispettando le disposizioni in materia di protezione e sicurezza dei dati.

3. Trattamento dei dati da parte di Assura SA

Il trattamento dei dati da parte di Assura SA avviene nel pieno rispetto della legislazione applicabile in materia ed è limitato esclusivamente ai dati necessari segnatamente a verificare l'osservanza delle condizioni dell'assistenza turistica, a valutare il diritto alle prestazioni assicurative, a gestire le richieste di rimborso delle prestazioni, a gestire i reclami, a far valere i propri diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e a elaborare statistiche.

Articolo 26 – Sanzione e giustificazione in caso di violazione

Se è stata convenuta una sanzione per il caso in cui lo stipulante o l'avente diritto violi un obbligo, lo stesso non incorre nella sanzione quando:

- a. risulti dalle circostanze che la violazione non è imputabile a colpa
- b. lo stipulante dimostri che la violazione non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi del sinistro e sulla portata delle prestazioni dovute dall'assicuratore.

Articolo 27 – Contestazioni e foro

1. Assura SA è l'assicurazione del rischio da contattare in caso di disaccordo o di litigio derivante dalla concessione o dal rifiuto di una prestazione prevista dalle presenti condizioni.
2. Qualsiasi contestazione derivante dalle presenti condizioni deve essere indirizzata ad Assura SA, la quale accetta per qualsiasi litigio il foro del domicilio svizzero del beneficiario o dell'avente diritto o della sua sede.

Assura SA

GUADAGNI TEMPO

Quando chiamerà per la prima volta l'organismo di assistenza (tel. +41 21 721 44 88), sia pronto a fornire le informazioni seguenti:

1. Cognome, nome e indirizzo dell'assicurato, precisando che quest'ultimo è «cliente di Assura SA»
2. Numero di assicurato Assura SA
3. Dove si trova l'assicurato e a quale numero di telefono può essere raggiunto
4. La natura del problema che giustifica la chiamata