

Condizioni particolari dell'assicurazione delle cure «Academic Care»

EE

EEGA01-I6 – edizione 01.01.2019

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 7	Premi
Art. 2	Condizione d'affiliazione	Art. 8	Franchigia
Art. 3	Prestazioni assicurate	Art. 9	Diritto alle prestazioni
Art. 4	Portata e durata delle prestazioni	Art. 10	Doveri in caso di sinistro
Art. 5	Validità territoriale	Art. 11	Periodo d'assicurazione
Art. 6	Decorrenza e fine della copertura d'assicurazione	Art. 12	Diritto applicabile, giurisdizione e foro competente

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

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

- Lo scopo dell'assicurazione è di fornire agli scolari, agli studenti e agli stagisti che vengono dall'estero per effettuare una formazione o un perfezionamento prestazioni di base nei casi di malattia, d'infortunio e di maternità, equivalenti a quelle riconosciute dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).
- Altre coperture completano tali prestazioni (cfr. articolo 3 delle presenti condizioni particolari d'assicurazione).

Art. 2 Condizione d'affiliazione

- Qualsiasi persona che viene dall'estero e risiede in Svizzera per effettuare una formazione o un perfezionamento può richiedere di stipulare l'assicurazione Academic Care fino all'età di 40 anni, a condizione che non sia soggetta all'obbligo di assicurarsi in Svizzera ai sensi della LAMal.
- Nell'ambito di un programma d'assicurazione collettivo, la cerchia delle persone da assicurare è definita nella convenzione quadro stipulata tra la scuola e l'assicuratore.

Art. 3 Prestazioni assicurate

1. Prestazioni di base nei casi di malattia, d'infortunio e di maternità

- La portata delle prestazioni è definita secondo la LAMal e le sue disposizioni d'applicazione, in particolare l'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre).
- In deroga agli articoli 20.1 e 20.3 delle CGC (Condizioni generali d'assicurazione), l'assicurazione Academic Care non completa le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal), ma si sostituisce ad essa.

- In deroga agli articoli 7, 8, 11, 18 e 19 delle CGC, l'assicuratore garantisce una copertura d'assicurazione equivalente a quella dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per questo, deroga altresì alle sanzioni stipulate nell'articolo 31 cpv. 2, 3 e 4 delle CGC.

2. Groupe Mutuel Assistance

Le prestazioni previste dalle condizioni generali dell'assicurazione Groupe Mutuel Assistance, categoria AG (rimpatrio in Svizzera e trasporto), se il sinistro avviene oltre un raggio di 20 chilometri dal luogo di residenza in Svizzera dell'assicurato.

3. Protezione giuridica del paziente

- Le prestazioni previste dalle condizioni particolari e speciali dell'assicurazione Legis, categoria LG (reclamo del risarcimento danni in caso di controversia col corpo medico a seguito di un errore di diagnosi o di trattamento).
- Sono coperte le controversie il cui foro giuridico si trova in Svizzera, a condizione che si applichi il diritto Svizzero.

4. Capitale in caso di decesso a seguito d'infortunio

- Se un infortunio assicurato avvenuto in Svizzera causa la morte dell'assicurato, è versato un capitale decesso di Fr. 10'000.-.
- Gli aventi diritto sono i seguenti:
 - il coniuge superstite, in mancanza;
 - il padre e la madre, in parti uguali, in mancanza;
 - i fratelli e le sorelle in parti uguali.
- In mancanza dei superstiti sopra enumerati, l'assicuratore assume soltanto la parte dei costi di sepoltura non assunti da un altro assicuratore, ma al massimo Fr. 10'000.-.
- Le disposizioni dell'articolo 131 dell'Ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (OS) sono riservate.

Art. 4 Portata e durata delle prestazioni

1. L'assicurato è libero di scegliere i fornitori di prestazioni riconosciuti ai sensi della LAMal e capaci di prodigare le cure necessarie in caso di malattia, infortunio o maternità in Svizzera.
2. In caso di trattamento ospedaliero, l'assicuratore assume l'integralità dei costi di una degenza nel reparto comune di un centro riconosciuto ai sensi della legge sull'assicurazione malattie LAMal. Per questo, l'assicuratore deroga all'articolo 24 delle CGC.
3. Le prestazioni assicurate devono essere efficaci, appropriate ed economiche ai sensi degli articoli 32 cpv. 1 e 56 LAMal.
4. L'obbligo per l'assicuratore di erogare prestazioni si estingue totalmente alla fine del contratto. Ciò vale anche per i casi d'assicurazione in corso; è determinante ogni volta la data del trattamento.

Art. 5 Validità territoriale

1. L'assicurazione è valida in Svizzera.
2. Durante i viaggi o i soggiorni fuori della Svizzera, l'assicurazione assume il costo dei trattamenti effettuati in caso d'urgenza fuori della Svizzera, fino a concorrenza del doppio dell'importo che sarebbe erogato se il trattamento fosse effettuato nel cantone di residenza dell'assicurato.
3. Vi è urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente fuori della Svizzera ha bisogno di un trattamento medico e il rientro in Svizzera è inappropriato.
4. Se una malattia o un infortunio si verifica in Svizzera e l'assicurato si fa curare in un altro paese, le spese derivanti dal trattamento effettuato saranno rimborsate soltanto se il medico curante o il centro di cure ha prima sottoposto una richiesta all'assicuratore e questo l'ha accettata. Lo stesso vale per il parto all'estero. I trattamenti volontari fuori della Svizzera non sono rimborsati.
5. Le condizioni particolari e speciali delle garanzie «Groupe Mutuel Assistance», «Capitale in caso di decesso a seguito d'infortunio» e «Protezione giuridica del paziente» prevedono disposizioni specifiche.

Art. 6 Decorrenza e fine della copertura d'assicurazione

1. La copertura d'assicurazione comincia a decorrere dalla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione, non prima comunque del giorno d'ingresso sul territorio svizzero.
2. Al termine di un anno d'assicurazione, il contraente può disdire il contratto per la fine di un anno civile con preavviso di tre mesi. Il contraente deve notificare la disdetta per lettera raccomandata, munita di firma originale.
3. Il contratto d'assicurazione cessa automaticamente alla fine del mese durante il quale:
 - l'assicurato ha finito la formazione, o
 - è definitivamente rientrato nel suo paese di domicilio, o

- ha trasferito il luogo di residenza abituale all'estero, o
 - è soggetto all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera secondo la LAMal, o
 - non soddisfa più i criteri per un esonero dall'assicurazione ai sensi dell'OAMal.
4. Nell'ambito di un programma d'assicurazione collettivo, il contratto cessa automaticamente alla fine del mese in cui l'assicurato esce dalla cerchia degli assicurati definiti nella convenzione quadro.
 5. In ogni caso, il contratto d'assicurazione cessa alla fine dell'anno civile durante il quale l'assicurato finisce il suo 40° anno.

Art. 7 Premi

1. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della propria classe d'età è automaticamente trasferito nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - da 0 a 18 anni;
 - da 19 a 25 anni;
 - da 26 anni.
2. L'importo del premio mensile è indicato nella polizza d'assicurazione.
3. Il passaggio in una classe d'età superiore non conferisce il diritto di disdire il contratto d'assicurazione.
4. In complemento all'articolo 29 delle CGC, l'assicuratore può in qualunque momento modificare la tariffa dei premi, in caso di modifica delle condizioni o della portata d'assunzione delle prestazioni della LAMal.
5. L'assicuratore comunica per iscritto tale modifica all'assicurato. L'assicurato che non desidera accettare la modifica può disdire il contratto in questione con effetto alla data della modifica. Se l'assicuratore non riceve alcuna lettera di disdetta entro 30 giorni, deduce che l'assicurato accetta la nuova tariffa dei premi.

Art. 8 Franchigia

1. Per le prestazioni indicate nell'articolo 3.1, gli assicurati possono scegliere le seguenti varianti:
 - senza franchigia annua;
 - franchigia annua di Fr. 100.-;
 - franchigia annua di Fr. 500.-.
2. L'importo della franchigia annua è indicato nella polizza d'assicurazione.
3. Non è prelevata alcuna aliquota sulle spese che superano la franchigia.

Art. 9 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore della copertura d'assicurazione.
2. Le prestazioni sono assunte in funzione delle date di trattamento.

Art. 10 Doveri in caso di sinistro

1. Se reclama prestazioni, l'assicurato deve trasmettere all'assicuratore tutti i certificati medici, i rapporti, i giustificativi e le fatture dei diversi fornitori di prestazioni. Si accettano soltanto le fatture originali.
2. Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto a informarsi se il centro o il reparto ospedaliero o la clinica in cui si farà curare fa parte dei centri riconosciuti conformemente alla legge sull'assicurazione malattie.

Art. 11 Periodo d'assicurazione

In deroga all'articolo 12 delle CGC, il periodo d'assicurazione va dal 1° settembre al 31 agosto dell'anno successivo.

Art. 12 Diritto applicabile, giurisdizione e foro competente

1. Il contratto è retto esclusivamente dal diritto svizzero, in particolare dalle disposizioni della legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA).
2. Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio svizzero e in franchi svizzeri.
3. Il foro è nella sede dell'assicuratore.