

Condizioni generali per le assicurazioni malattia complementari

CGC

CAAM01-I3 – edizione 01.09.2011

Indice

Art. 1	Contratto d'assicurazione individuale per prodotto e basi del contratto d'assicurazione	Art. 22	Sovrassicurazione
Art. 2	Oggetto dell'assicurazione	Art. 23	Fornitori di prestazioni
Art. 3	Definizioni	Art. 24	Tariffe dei fornitori di prestazioni
Art. 4	Validità territoriale	Art. 25	Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
Art. 5	Contraente e persona assicurata	Art. 26	Fissazione dei premi
Art. 6	Proposta d'assicurazione	Art. 27	Pagamento dei premi
Art. 7	Visita medica	Art. 27a	Ingiunzione, diffida e precetto esecutivo
Art. 8	Riserve	Art. 28	Rimborso delle franchigie annue e delle aliquote
Art. 9	Richiesta d'aumento del rischio coperto	Art. 29	Modifica del tariffario dei premi, delle franchigie e delle aliquote
Art. 10	Inizio del contratto e della copertura d'assicurazione	Art. 30	Compensazione
Art. 12	Periodo d'assicurazione	Art. 31	Doveri in caso di sinistro
Art. 12a	Limite d'affiliazione	Art. 32	Dovere di informare
Art. 13	Durata e disdetta del contratto d'assicurazione	Art. 33	Informazioni e controlli
Art. 14	Fine del contratto d'assicurazione	Art. 34	Doveri di ridurre il danno
Art. 15	Portata e durata delle prestazioni assicurate	Art. 35	False fatture e frode all'assicurazione
Art. 16	Diritto alle prestazioni	Art. 36	Adattamento delle condizioni d'assicurazione
Art. 17	Pagamento delle prestazioni	Art. 37	Comunicazioni
Art. 18	Esclusione delle prestazioni	Art. 38	Prescrizione
Art. 19	Colpa grave dell'assicurato	Art. 39	Condizioni particolari d'assicurazione
Art. 20	Pluralità di assicuratori e prestazioni di terzi	Art. 40	Assicurazione collettiva
Art. 21	Doppia assicurazione	Art. 41	Giurisdizione e foro competente

Mutuel Assicurazioni SA è l'assicuratore in conformità alle presenti condizioni generali d'assicurazione (CGC).

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

- Salvo deroghe previste dalle disposizioni contrattuali, il contratto d'assicurazione è regolato dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
- La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione, le presenti condizioni generali, le condizioni particolari e le convenzioni particolari costituiscono le basi del contratto d'assicurazione.
- Ogni prodotto d'assicurazione, regolato da idonee condizioni particolari, è oggetto di un contratto individuale e distinto.

Art. 2 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione copre principalmente le conseguenze economiche della malattia, della maternità e dell'infortunio. Alcune condizioni particolari d'assicurazione permettono agli assicurati di rinunciare ad uno o più rischi precitati.

Art. 3 Definizioni

- Per malattia s'intende qualsiasi danno alla salute fisica, psichica o mentale che non è dovuto a un infortunio e che esige un esame o un trattamento medico o provoca un'incapacità lavorativa.
- Per infortunio s'intende qualsiasi lesione corporale subitanea e involontaria, causata al corpo umano da una causa esterna straordinaria che compromette la salute fisica, psichica o mentale o che causa la morte. Se non sono attribuibili a fenomeni degenerativi o a una malattia, le seguenti lesioni corporali, il cui elenco è esaustivo, sono equiparate a un infortunio, anche se non sono causate da un fattore esterno straordinario:

- a. le fratture;
 - b. gli slogamenti di articolazioni;
 - c. le lacerazioni del menisco;
 - d. le lacerazioni muscolari;
 - e. gli stiramenti muscolari;
 - f. le lacerazioni dei tendini;
 - g. le lesioni dei legamenti;
 - h. le lesioni del timpano.
3. La maternità include la gravidanza, il parto e la convalescenza che ne segue.

Art. 4 Validità territoriale

1. L'assicurazione è valida in tutto il mondo. Durante viaggi o soggiorni temporanei fuori dal territorio svizzero o dal Principato del Liechtenstein, la durata della copertura d'assicurazione è limitata al massimo a 12 mesi, dal giorno in cui si oltrepassa il confine, se non è stato convenuto altrimenti; l'assicurazione è sospesa allo scadere di tale termine. In caso di soggiorno all'estero, l'assicurato deve informare l'assicuratore entro 20 giorni.
2. L'assicurato che desidera continuare a beneficiare della copertura d'assicurazione all'estero oltre i 12 mesi previsti al punto 1 deve, al più tardi 30 giorni prima della scadenza dell'anno d'assicurazione, trasmettere una richiesta scritta all'assicuratore. Quest'ultimo si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proroga della copertura assicurativa all'estero al massimo per 12 mesi.
3. Se l'assicurato omette di comunicare il soggiorno entro i termini, l'assicuratore si riserva il diritto di ridurre o di rifiutare le prestazioni all'estero.
4. Se una malattia si manifesta o un infortunio avviene in Svizzera o nel Liechtenstein e se l'assicurato si fa curare in un altro paese, le spese di cura sono rimborsate soltanto se il medico curante ha trasmesso all'assicuratore una richiesta, prima della cura all'estero, e questi l'ha accettata.

Art. 5 Contraente e persona assicurata

1. Il contraente è la persona che stipula un contratto con l'assicuratore.
2. La persona indicata come assicurato nella polizza d'assicurazione è considerata come la persona assicurata.

Art. 6 Proposta d'assicurazione

1. Firmare la proposta d'assicurazione non rappresenta una richiesta d'offerta, bensì una dichiarazione formale del proponente all'assicuratore di voler sottoscrivere uno o più contratti d'assicurazione complementare. In virtù dell'articolo 1 della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA), il proponente è vincolato all'assicuratore per 14 giorni, rispettivamente per quattro settimane, se sono necessarie informazioni mediche.
2. La proposta d'assicurazione deve essere trasmessa per iscritto tramite il modulo fornito dall'assicuratore per principio. Il proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano sulla proposta d'assicurazione e sul quesio-

nario sullo stato di salute in modo completo e conforme al vero. È altresì responsabile della conformità delle risposte scritte da terzi o dall'intermediario. Gli assicurati devono autorizzare i terzi a mettere a disposizione dell'assicuratore tutti i documenti e le informazioni a lui necessari.

3. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione, di emettere riserve o di applicare una maggiorazione sul premio. Non ha alcun obbligo di motivare la sua decisione.
4. Il rifiuto di uno o più prodotti d'assicurazione o l'emissione di riserve sugli stessi non è un motivo per disdire gli altri prodotti proposti e già accettati.
5. Il rifiuto di uno o più prodotti d'assicurazione o l'emissione di riserve sui prodotti d'assicurazione dei componenti della famiglia del proponente (coniuge, figli) non è un motivo per disdire la propria proposta o il/i proprio/i contratto/i.
6. La proposta d'assicurazione di una persona che non gode dei diritti civili deve essere firmata dal suo rappresentante legale.

Art. 7 Visita medica

1. L'assicuratore può, a sue spese, esigere un certificato medico.
2. Può altresì fare esaminare lo stato di salute del proponente da un medico designato dall'assicuratore.

Art. 8 Riserve

1. L'assicuratore può emettere delle riserve per le persone che, nel momento in cui compilano la proposta d'assicurazione, soffrono di una malattia o dei postumi di un infortunio. Sono altresì oggetto di riserva le malattie e gli infortuni di cui l'assicurato ha sofferto anteriormente se, secondo l'esperienza, sono possibili ricadute. L'assicurato è libero di accettare o meno la riserva emessa. Se l'assicurato non l'accetta, il contratto non è concluso.
2. Le riserve sono emesse per tutta la durata del contratto. L'assicurato è libero di fare attestare a sue spese che una riserva non è più giustificata. In questo caso, l'assicuratore si riserva il diritto di mantenere la riserva in questione o di sopprimerla.

Art. 9 Richiesta d'aumento del rischio coperto

1. La proposta d'aumento del rischio coperto (ad esempio: ridurre la franchigia o aumentare il capitale assicurato) nell'ambito dello stesso prodotto è considerata come una proposta per sottoscrivere un nuovo contratto ai sensi dell'articolo 1 LCA.
2. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare tale proposta o di emettere riserve alle condizioni e nei termini dell'articolo 1 LCA e dell'articolo 6 delle CGC. In particolare, si applicano nuovamente le condizioni del contratto in materia di termine di disdetta e di termine d'attesa e non è ripreso dal vecchio contratto alcun diritto acquisito.

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

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

Art. 11 Reticenza

Se il contraente, al momento della stipulazione del contratto d'assicurazione, ha omesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto un fatto importante che conosceva o doveva conoscere (reticenza), l'assicuratore ha il diritto di disdire il contratto, per iscritto, entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.

Art. 12 Periodo d'assicurazione

Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile e va dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Art. 12a Limite d'affiliazione

L'assicurato può sottoscrivere le assicurazioni:

- senza limite d'età e con riserva delle disposizioni contrarie delle condizioni particolari;
- fino alla fine del mese che precede il diritto a una rendita AVS, se si tratta di una copertura d'assicurazione relativa alla perdita di guadagno.

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

1. Il contratto è sottoscritto senza limiti di durata, con riserva delle disposizioni contrarie previste nelle condizioni particolari.
2. Al termine di cinque anni d'assicurazione, e successivamente ogni anno, il contraente può disdire il contratto individualmente per la fine di un anno civile con preavviso di sei mesi. Fanno eccezione alcuni prodotti la cui durata al termine della quale il contraente può disdire il contratto secondo le condizioni particolari è diversa.
3. L'assicuratore si riserva il diritto di disdire il contratto in caso di frode o tentativo di frode.
4. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore deve corrispondere una prestazione, il contraente ha il diritto di disdire il prodotto d'assicurazione in questione entro 10 giorni dal momento in cui è venuto a conoscenza del pagamento dell'indennità. Se il contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta all'assicuratore. Se l'assicurato disdice il contratto nell'anno successivo a quello in cui la copertura d'assicurazione è entrata in vigore, l'assicuratore ha diritto al premio per il periodo d'assicurazione in corso. Negli altri casi, il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto.

5. L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto che gli conferisce la legge di disdire il contratto in caso di sinistro, eccetto per i casi di false dichiarazioni, di dolo, di reticenza o di loro tentativi.
6. Il diritto di disdire per violazione del diritto d'informare da parte dell'assicuratore al momento della stipula del contratto si estingue quattro settimane dopo che il contraente è venuto a conoscenza della violazione e delle informazioni, ma al massimo un anno dopo la violazione. La disdetta produce i suoi effetti non appena giunge all'assicuratore. Il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto se questo è disdetto o cessa di produrre i suoi effetti prima della scadenza.
7. Il contraente deve notificare la disdetta per lettera raccomandata e munita di firma originale. In particolare, sono rifiutate le disdette trasmesse via fax o per e-mail (con o senza lettera di disdetta scannerizzata acclusa).

Art. 14 Fine del contratto d'assicurazione

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

- a. con il decesso dell'assicurato;
- b. con la disdetta del contratto d'assicurazione;
- c. se l'assicuratore recede dal contratto d'assicurazione a seguito del mancato pagamento dei premi, conformemente all'articolo 21 cpv. 1 LCA;
- d. in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alla data di partenza dal territorio svizzero comunicata alle autorità comunali o cantonali competenti e a condizione che non sia stato concordato altrimenti per iscritto (cfr. articolo 32 cpv. 2).

Art. 15 Portata e durata delle prestazioni assicurate

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

Art. 16 Diritto alle prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni può essere esercitato solo per le malattie o gli infortuni che insorgono durante la validità della copertura assicurativa.
2. Le prestazioni sono concesse a condizione che sia presentato un certificato medico e le fatture dettagliate originali.
3. Si applicano le disposizioni delle condizioni particolari che regolano le assicurazioni complementari.

Art. 17 Pagamento delle prestazioni

1. Gli assicurati devono in genere pagare direttamente gli onorari ai fornitori di prestazioni. Essi accettano tuttavia le convenzioni stipulate tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni secondo cui, in deroga a quanto precisato, l'assicuratore paga direttamente gli onorari ai fornitori di prestazioni.

2. Le prestazioni coperte sono rimborsate non appena l'assicuratore riceve tutte le informazioni e i documenti che gli permettono di giustificare la fondatezza e l'importanza delle prestazioni richieste.
3. L'assicuratore può stilare il suo conteggio soltanto sulla base delle fatture originali e dettagliate con indicati le date dei trattamenti, la diagnosi, le prestazioni mediche dispensate, l'importo corrispondente ad ogni prestazione, nonché i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono dei fornitori di prestazioni svizzeri e stranieri. Qualora lo ritenesse opportuno, l'assicuratore può esigere, a spese dell'assicurato, la traduzione in una delle lingue nazionali dei documenti in lingua straniera.
4. Gli assicurati che risiedono all'estero devono comunicare all'assicuratore un indirizzo per il pagamento in Svizzera.

Art. 18 Esclusione delle prestazioni

1. La copertura d'assicurazione è esclusa per:
 - a. le malattie, gli infortuni e i loro postumi che esistono già al momento della stipulazione del contratto o che sono oggetto di una riserva;
 - b. le malattie, gli infortuni e i loro postumi dopo la cessazione del contratto d'assicurazione, anche se durante la validità del contratto d'assicurazione sono state erogate prestazioni;
 - c. gli interventi volti a correggere o ad eliminare difetti o imperfezioni fisici di natura puramente estetica, a meno che non siano necessari a seguito di un evento assicurato, le cure di ringiovanimento, i trattamenti tramite trapianto di tessuti o di cellule;
 - d. il suicidio, la mutilazione volontaria e i tentativi dell'uno o dell'altra;
 - e. i trattamenti dentari, a meno che non sia espressamente prevista una copertura tra i diversi prodotti d'assicurazione;
 - f. i problemi di salute derivanti dall'azione di raggi ionizzanti e i danni causati dall'energia atomica;
 - g. i costi di un trattamento inefficace, inappropriato o non economico. Per inefficace s'intende un trattamento la cui efficacia non è stata provata secondo metodi scientifici. Per inappropriato s'intende un trattamento controindicato o non adeguato o la cui indicazione medica non è chiaramente espressa. Per non economico s'intende un trattamento che avrebbe potuto essere sostituito con un altro più economico o che è di per sé inutile;
 - h. le conseguenze di eventi di guerra:
 - in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein,
 - all'estero, a meno che l'assicurato non sia stato sorpreso dagli eventi nel paese dove soggiorna e che la malattia o l'infortunio si sia manifestato nei primi 15 giorni dall'inizio di tali eventi;
 - i. le conseguenze di disordini di qualsiasi genere e delle misure prese per combatterli, a meno che l'assicurato provi di non aver partecipato attivamente a tali disordini accanto ai perturbatori o di non averli fomentati;
 - j. le malattie derivanti dall'alcolismo;
 - k. le malattie e gli infortuni dovuti all'abuso di medicinali e alle tossicomanie;

- l. i cambiamenti di sesso, compreso per i trattamenti e i postumi.
2. Sono altresì esclusi le malattie e gli infortuni che l'assicurato subisce:
 - a. durante il servizio militare all'estero;
 - b. durante i terremoti;
 - c. in caso di crimini o di delitti perpetrati o tentati intenzionalmente, come pure in caso di partecipazione ad atti di guerra o di terrorismo;
 - d. in caso di partecipazione a risse e tafferugli, a meno che l'assicurato non sia stato ferito dai protagonisti benché non partecipasse agli eventi o mentre portava soccorso ad una persona indifesa;
 - e. in occasione di pericoli ai quali l'assicurato si espone provocando gravemente gli altri;
 - f. partecipando ad atti temerari, vale a dire atti durante i quali l'assicurato si espone ad un pericolo particolarmente grande senza poter prendere le adeguate misure che possono ridurre il rischio ad un livello ragionevole.

Art. 19 Colpa grave dell'assicurato

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

Art. 20 Pluralità di assicuratori e prestazioni di terzi

1. In conformità alle presenti condizioni generali d'assicurazione, tutte le prestazioni sono erogate in complemento alle prestazioni degli assicuratori stranieri e svizzeri, sociali e privati, in particolare anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In caso di doppia assicurazione privata, in conformità alle presenti condizioni generali d'assicurazione, le prestazioni sono erogate sussidiariamente a quelle dell'altro assicuratore, a meno che anche le condizioni d'assicurazione dell'altro assicuratore contengano una clausola di sussidiarietà. In questo caso, si applicano le regole della doppia assicurazione.
2. Dal momento che si verifica l'evento assicurato, l'assicuratore subentra, fino a concorrenza delle prestazioni fornite, ai diritti dell'assicurato contro qualsiasi terzo responsabile. L'assicuratore non è vincolato dagli accordi stipulati tra l'assicurato e i terzi tenuti a prestazioni.
3. In mancanza di copertura da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal, le prestazioni del contratto d'assicurazione sono erogate così come se tale copertura esistesse.

Art. 21 Doppia assicurazione

1. Quando lo stesso interesse è assicurato contro lo stesso rischio e per lo stesso tempo da più di un assicuratore, in modo che il totale delle somme assicurate superi il valore d'assicurazione (doppia assicurazione), il contraente è tenuto a notificarlo subito e per iscritto all'assicuratore.

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

Art. 22 Sovrassicurazione

Quando la somma assicurata supera il valore d'assicurazione (sovrassicurazione), l'assicuratore non è vincolato dal contratto verso il contraente, se quest'ultimo ha stipulato il contratto con l'intento di procurarsi un profitto illecito tramite la sovrassicurazione. L'assicuratore ha diritto all'integralità del premio convenuto.

Art. 23 Fornitori di prestazioni

1. L'assicuratore assume soltanto le cure dispensate da fornitori di prestazioni riconosciuti, in particolare le persone e gli istituti definiti dalla legislazione sull'assicurazione malattia.
2. Gli altri fornitori riconosciuti sono specificati nelle condizioni particolari di ogni prodotto d'assicurazione.

Art. 24 Tariffe dei fornitori di prestazioni

1. L'assicuratore riconosce le tariffe valide per le assicurazioni sociali svizzere e le tariffe private, alle quali aderisce, applicate secondo convenzione.
2. È possibile pretendere prestazioni soltanto limitatamente alla tariffa che l'assicuratore riconosce per il fornitore di prestazioni in questione.
3. Gli accordi sugli onorari, convenuti tra i fornitori di prestazioni e le persone assicurate, non vincolano l'assicuratore.

Art. 25 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

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

Art. 26 Fissazione dei premi

1. I premi sono in genere differenziati in funzione del sesso, delle regioni e delle classi d'età.
2. Il modo di fissare i premi è in genere specificato nelle condizioni particolari.

Art. 27 Pagamento dei premi

1. I premi sono pagabili anticipatamente e annualmente in Svizzera; possono anche essere pagati a rate semestrali, trimestrali o mensili previo accordo speciale e con un supplemento per spese.
2. I premi sono dovuti per il mese intero.

Art. 27a Ingiunzione, diffida e precetto esecutivo

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

Art. 28 Rimborso delle franchigie annue e delle aliquote

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

Art. 29 Modifica delle tariffe dei premi, delle franchigie e delle aliquote

1. L'assicuratore può adeguare il tariffario dei premi, le franchigie e le aliquote in funzione dell'evoluzione dei costi, dei sinistri e delle modifiche di legge.
2. L'assicuratore deve comunicare al contraente le nuove disposizioni del contratto almeno 30 giorni prima della scadenza del periodo d'assicurazione. In questo caso, il contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione che è stato modificato, per la fine del periodo d'assicurazione in corso, entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica dell'aumento. La disdetta deve giungere all'assicuratore entro 30 giorni.
3. Se il contraente non disdice il contratto, le modifiche fatte ai premi, alle franchigie o alle aliquote sono considerate come accettate.
4. Un cambiamento di tariffa dovuto ad un trasferimento di domicilio o alla perdita del diritto agli sconti (compreso quello derivante da un'offerta promozionale limitata nel tempo) non è considerato come un adeguamento del premio ai sensi delle disposizioni di cui sopra. Il diritto di disdire il contratto non è applicabile in questi casi.

Art. 30 Compensazione

1. L'assicuratore può compensare delle prestazioni scadute con crediti nei confronti degli assicurati.
2. Gli assicurati non hanno alcun diritto di compensazione nei riguardi dell'assicuratore.

Art. 31 Doveri in caso di sinistro

1. Quando richiede prestazioni d'assicurazione, l'assicurato deve trasmettere all'assicuratore tutti i certificati medici, i rapporti, i giustificativi e le fatture dei diversi fornitori di prestazioni. Sono accettate soltanto le fatture originali.
2. L'assicuratore deve essere informato al massimo entro cinque giorni, dell'ammissione in ospedale o in clinica dell'assicurato. Se è richiesta una garanzia per l'assunzione delle spese, la notifica deve essere effettuata prima dell'ammissione. In caso di una notifica tardiva, l'assicuratore si riserva il diritto di ridurre o di rifiutare le prestazioni.
3. L'assicurato o l'avente diritto deve comunicare all'assicuratore qualsiasi infortunio il più presto possibile, ma al massimo entro 10 giorni. Deve fornire tutte le informazioni relative a:
 - a. il momento, il luogo, le circostanze e i postumi dell'infortunio;
 - b. il medico o l'ospedale;
 - c. gli eventuali responsabili e le assicurazioni interessati. Se tale notifica giunge all'assicuratore in ritardo, questo si riserva il diritto di ridurre o di rifiutare le prestazioni.
4. L'avente diritto deve comunicare all'assicuratore il decesso della persona assicurata al massimo entro 30 giorni, anche se l'infortunio è già stato comunicato. Se la notifica giunge dopo questo termine, l'eventuale obbligo di erogare le prestazioni che l'assicuratore ha si estingue.

Art. 32 Doveri di informare

1. I cambiamenti d'indirizzo e di stato civile, come pure i decessi, devono, salvo disposizioni contrarie, essere comunicati all'assicuratore per iscritto entro 30 giorni. In caso di mancata notifica o di notifica tardiva, i danni e le spese che dovrebbero essere a carico dell'assicuratore possono essere reclamati all'assicurato.
2. Quando l'assicurato trasferisce il proprio domicilio o la residenza fuori dalla Svizzera, deve avvisare l'assicuratore entro 30 giorni e trasmettergli un attestato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Se l'assicurato omette di effettuare tale notifica, l'assicuratore può disdire la copertura d'assicurazione, non appena è a conoscenza dei fatti, con effetto a decorrere dalla fine del mese durante il quale la partenza dalla Svizzera è annunciata all'autorità comunale o cantonale competente.

Art. 33 Informazioni e controlli

1. L'assicurato autorizza espressamente i terapeuti che l'hanno curato durante una malattia, un infortunio o in altre occasioni, a fornire al medico di fiducia dell'assicuratore, tutte le informazioni di cui ha bisogno per la valutazione delle conseguenze del caso. Egli li svincola in tal modo dal segreto professionale.
2. Quando l'assicurazione è stata stipulata in complemento ad un altro assicuratore sociale o privato, l'assicurato deve fornire all'assicuratore il conteggio delle prestazioni che gli sono state versate dagli altri assicuratori.

3. L'assicuratore ha il diritto di chiedere a sue spese delle perizie effettuate da medici o specialisti di sua scelta per definire lo stato di salute dell'assicurato o la sua capacità di lavoro. L'assicurato deve sottoporsi a tali perizie mediche che servono a determinare la diagnosi e a definire il diritto alle prestazioni.
4. L'assicurato deve sottoporsi in qualsiasi momento al controllo degli ispettori e dei medici di fiducia dell'assicuratore. Dovrà seguire le prescrizioni di questi ultimi per accelerare la guarigione. L'assicurato che rifiuta di sottoporsi ad un controllo da parte di un medico specialista designato liberamente dall'assicuratore si espone al rifiuto delle prestazioni.

Art. 34 Doveri di ridurre il danno

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

Art. 35 False fatture e frode all'assicurazione

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

Art 36 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le condizioni di ogni prodotto d'assicurazione se vi sono importanti modifiche nei seguenti campi:
 - a. sviluppo della medicina moderna;
 - b. istituzione di forme di terapia nuove o onerose, come ad esempio le tecniche operatorie, medicinali e altri casi simili;
 - c. aumento del numero o creazione di nuovi generi di fornitori di prestazioni;
 - d. evoluzione del catalogo delle prestazioni LAMal.
2. Le nuove condizioni si applicano al contraente e all'assicuratore se sono adeguate secondo il primo capoverso durante la validità dell'assicurazione. L'assicuratore comunica questi adeguamenti ai contraenti per iscritto. I contraenti che non accettano tali adeguamenti posso-

no disdire il contratto interessato con effetto a decorrere dalla data dell'adeguamento. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 25 giorni, le nuove disposizioni sono accettate.

Art. 37 Comunicazioni

1. Qualsiasi comunicazione deve essere inviata alla sede amministrativa del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore sono inviate validamente all'ultimo indirizzo in Svizzera notificato all'assicuratore dal contraente o dell'assicurato.
3. L'assicuratore può altresì effettuare comunicazioni d'ordine generale agli assicurati tramite il giornale dedicato ai suoi assicurati.

Art. 38 Prescrizione

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

Art. 39 Condizioni particolari d'assicurazione

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

Art. 40 Assicurazione collettiva

Per tutti i prodotti d'assicurazione, l'assicuratore può nell'ambito di un contratto collettivo, derogare alle disposizioni delle presenti condizioni generali, in particolare per ciò che concerne:

- la persona del contraente;
- la fissazione dei premi;
- l'inizio, la durata e la fine della copertura d'assicurazione.

Art. 41 Giurisdizione e foro competente

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