



Condizioni generali d'assicurazione LAMal

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Edizione 01.2012/ Tutti i riferimenti a persone valgono sempre per entrambi i sessi, anche se nell'interesse della comprensibilità del testo si utilizza un'unica forma

A Diritto applicabile

1 Ordine sequenziale

Su queste condizioni generali d'assicurazione prevalgono le norme di diritto nel seguente ordine sequenziale:

- diritto federale
- diritto cantonale
- statuti
- convenzioni tariffali

Le presenti condizioni generali d'assicurazione si applicano nella misura in cui non sia stato stabilito nulla di divergente nel regolamento sull'assicurazione indennità giornaliera.

B Persone assicurate

2 Affiliazione

¹ Ogni persona avente il suo domicilio nel territorio servito dalla cassa è autorizzata ad affiliarsi, rispettivamente a presentare una domanda per stipulare un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o un'assicurazione d'indennità giornaliera.

² La persona che fa domanda d'assicurazione deve compilare in maniera veritiera la domanda d'assicurazione e il questionario.

C Inizio, fine e sospensione dell'assicurazione

3 Inizio dell'assicurazione

¹ Ogni persona domiciliata in Svizzera, è tenuta ad assicurarsi per le cure medico-sanitarie entro tre mesi da quando ha preso domicilio, oppure dalla nascita in Svizzera, o altrimenti farsi assicurare dal proprio rappresentante legale. Se l'affiliazione di una persona assicurata è tempestiva ai sensi dell'art. 3 della LAMal, l'assicurazione inizia dal giorno della nascita o dell'elezione del domicilio nel territorio servito dalla cassa. Rimangono riservate le disposizioni per le persone ai sensi dell'art. 3, cpv. 2 e 3 della LAMal.

² Il periodo di riscossione per il supplemento di premio dovuto ad affiliazione tardiva ingiustificabile è limitato, in applicazione all'art. 5, cpv. 2 LAMal, al massimo a cinque anni. Il supplemento di premio è compreso tra il 30 e il 50 per cento del premio e viene riscosso come supplemento ai premi mensili. La cassa stabilisce il supplemento in base alla situazione finanziaria della persona assicurata.

³ L'obbligo d'assicurazione viene sospeso per le persone che per un periodo superiore a 60 giorni consecutivi sono assoggettate alla Legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (LAM). La persona assicurata deve fornire alla cassa una conferma dell'effettiva durata dell'assoggettamento. La cassa restituisce i premi versati per il periodo della sospensione.

4 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione si estingue:

- in caso di decesso
- con il cambiamento dell'assicuratore
- con l'esclusione dall'assicurazione d'indennità giornaliera

5 Cambiamento dell'assicuratore

¹ La persona assicurata può cambiare cassa per la fine d'un semestre di un anno civile osservando un termine di disdetta di tre mesi. Rimangono riservate le disposizioni speciali per le assicurazioni con franchigia facoltativa.

² Quando viene comunicato il nuovo premio, la persona assicurata può cambiare cassa per la fine del mese che precede l'entrata in vigore del nuovo premio, osservando un termine di disdetta di un mese. La cassa deve notificare agli assicurati i nuovi premi con almeno 2 mesi d'anticipo e portare alla loro attenzione il loro diritto di cambiare cassa.

³ Se la cassa non offre più l'assicurazione malattie sociale volontariamente o in virtù di una decisione dell'autorità, il rapporto assicurativo termina con il ritiro dell'autorizzazione ai sensi dell'art. 13 della LA-Mal.

⁴ Il rapporto d'assicurazione con la cassa termina solo se il nuovo assicuratore ha comunicato alla cassa che assicura l'interessato senza interruzione della copertura assicurativa. Se il nuovo assicuratore non esegue questa comunicazione, dovrà compensare alla persona assicurata il danno che ne risulta, particolarmente la differenza di premio. Non appena il precedente assicuratore riceve la notifica, egli informa la persona assicurata interessata sulla data a partire da quando non è più assicurata presso di lui.

6 Sospensione della copertura d'infortunio

¹ La copertura degli infortuni può essere sospesa, se la persona assicurata è interamente coperta per questo rischio a titolo obbligatorio ai sensi della Legge federale contro gli infortuni (LAINF). La cassa procede alla sospensione su richiesta della persona assicurata, se quest'ultima dimostra di essere integralmente assicurata ai sensi della LAINF. Il premio viene ridotto corrispondentemente. La domanda dovrà essere inoltrata per iscritto. La sospensione inizia al più presto il primo giorno del mese che segue la domanda.

² Gli infortuni sono coperti ai sensi della LAMal non appena la copertura dell'infortunio ai sensi della LAINF cessa integralmente o parzialmente.

³ La cassa si fa carico dei costi delle conseguenze di quegli infortuni che coprivano prima della sospensione della copertura presso l'assicurazione sociale.

⁴ Al momento dell'affiliazione all'assicurazione malattie sociale, la cassa deve indicare per iscritto alla persona assicurata il suo diritto conformemente all'art. 8 della LAMal.

⁵ Il datore di lavoro informa per iscritto la persona che pone fine al proprio rapporto lavorativo, o cessa di essere assicurata contro gli infortuni non professionali ai sensi della LAINF, sul suo obbligo di avvertire il suo assicuratore conformemente alla LAMal entro un mese da che ha ricevuto notifica dal datore di lavoro o dall'assicurazione contro la disoccupazione. Lo stesso obbligo incombe all'assicurazione contro la disoccupazione, qualora il diritto alle prestazioni di quest'ultima scada prima che l'interessato abbia assunto un nuovo lavoro.

⁶ Se la persona assicurata non adempie il proprio obbligo conformemente al cpv. 5, la cassa può esigere il pagamento della quota parte del premio per la copertura dell'infortunio, interessi di mora inclusi, per il periodo che intercorre tra la cessazione della copertura dell'infortunio ai sensi della LAINF fino al momento in cui la cassa ne è giunta a conoscenza. Se il datore di lavoro o l'assicurazione contro la disoccupazione non adempie il proprio obbligo conformemente al cpv. 5, la cassa può esigere lo stesso pagamento.

7 Cessazione del diritto a prestazioni

¹ Persone assicurate che lasciano la cassa non hanno alcun diritto al patrimonio della cassa. Rimangono riservate le prestazioni non ancora rimborsate.

8 Riduzione delle prestazioni assicurative

¹ Se la persona assicurata ha provocato intenzionalmente l'evento assicurato, la cassa può ridurre le prestazioni di indennità giornaliera oppure, in casi particolarmente gravi, rifiutarle definitivamente in applicazione dell'articolo 21 della LPGa.

D Diritto in materia di premi

9 Premi

¹ I premi per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono stabiliti in funzione della regione e della fascia d'età (art. 10).

² I premi devono essere pagati in anticipo e di regola mensilmente.

³ La cassa è autorizzata a fatturare agli assicurati morosi i costi di diffida (CHF 20.- per diffida), se deve presupporre una consapevole colpevolezza. A esecuzione realizzata le spese d'esecuzione vanno per legge a carico del debitore.

⁴ Se il rapporto assicurativo inizia o cessa nel corso di un mese civile, i premi devono essere versati per l'intero mese.

⁵ La cassa può ridurre i premi per forme particolari d'assicurazione in applicazione dell'art. 62 della LA-Mal.

10 Fasce d'età

¹ Esistono le seguenti fasce d'età:

- fascia d'età 1/bambini fino a 18 anni
- fascia d'età 2/giovani adulti da 19 a 25 anni
- fascia d'età 3/adulti a partire da 26 anni

Il 1° gennaio dopo il compimento del 18o anno d'età i bambini si considerano giovani adulti e i giovani adulti sono considerati adulti il 1° gennaio dopo il compimento del 25° anno d'età.

11 Partecipazione ai costi

¹ Gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni fornite.

² La partecipazione ai costi ordinaria è costituita da un importo annuo fisso (franchigia di CHF 300.00) e il dieci per cento dei costi che superano la franchigia (aliquota percentuale). La partecipazione annuale massima per l'aliquota percentuale, sia per la franchigia obbligatoria sia per quelle facoltative, ammonta a CHF 700.00.

³ Determinante per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è la data del trattamento.

⁴ Per i bambini non viene riscossa alcuna franchigia e viene applicata la metà dell'importo massimo dell'aliquota percentuale. Se più figli di una stessa famiglia sono assicurati presso la cassa, essi pagano complessivamente al massimo la franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale a carico di una persona assicurata adulta.

⁵ In applicazione dell'articolo 64, cpv. 5 della LAMal, il contributo giornaliero a costi di ospedalizzazione è di CHF 15.00. Non devono versare questo contributo:

- i minorenni secondo l'articolo 61 cpv. 3 LAMal;
- i giovani adulti secondo l'articolo 61 cpv. 3 LAMal che sono in formazione;
- donne per le prestazioni di maternità.

⁶ Per le prestazioni di maternità non viene riscossa alcuna partecipazione ai costi. I costi per i trattamenti di eventuali complicazioni durante la gravidanza sono

considerati spese di malattia e sottostanno all'obbligo della partecipazione ai costi degli assicurati.

⁷ Rimangono riservate le prestazioni per le quali il Dipartimento federale dell'interno prevede, tramite ordinanza, una partecipazione ai costi più alta conformemente all'art. 64, cpv. 6, lett. a), LAMal oppure una partecipazione ai costi ridotta o soppressa conformemente all'art. 64, cpv. 6, lett. b), LAMal, particolarmente la partecipazione ai costi per farmaci originali, laddove esiste un farmaco generico.

⁸ La persona assicurata può scegliere una partecipazione ai costi più elevata per ridurre il proprio premio. Le franchigie facoltative per gli adulti e i giovani adulti ammontano a CHF 500.-, 1'000.-, 1'500.- e 2'500.-, per bambini a CHF 100.-, 200.-, 300.-, 400.-, 500.- e 600.-.

⁹ Un cambiamento a una franchigia facoltativa superiore è possibile solo per l'inizio di un anno civile. Il trasferimento a una franchigia inferiore, a un'altra forma assicurativa o a un altro assicuratore è possibile per la fine di un anno civile solo in osservanza dei termini di disdetta previsti dalla legge e descritti nell'art. 7, cpv. 1 e 2 della LAMal. In caso di adattamenti dei premi durante l'anno è possibile cambiare assicuratore osservando un termine di disdetta di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

In caso di un cambiamento durante l'anno, in applicazione dell'art. 7, cpv. 1 a 4 della LAMal, la persona assicurata conserva la franchigia scelta presso il precedente assicuratore, ammesso che il nuovo assicuratore offra questa forma assicurativa. Il nuovo assicuratore tiene conto nei suoi conteggi della franchigia e dell'aliquota percentuale già conteggiati durante l'anno in corso. Se non sono state conteggiate franchigie e aliquote percentuali, il computo sarà effettuato a prova addotta dalla persona assicurata.

¹⁰ Le partecipazioni ai costi devono essere saldate entro 30 giorni dalla fatturazione. La cassa è autorizzata a fatturare agli assicurati morosi i costi di diffida (CHF 20.- per diffida), se deve presupporre una consapevole colpevolezza. Ad esecuzione realizzata le spese d'esecuzione vanno per legge a carico del debitore.

E Obbligo di cooperare

12 Aspetti generali

¹ Nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal il richiedente o il suo rappresentante legale deve compilare integralmente e secondo verità la domanda d'assicurazione messa a disposizione dall'assicuratore. Questo riguarda in particolare le domande relative a problemi di salute attualmente esistenti. Nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie la persona richiedente deve fornire le informazioni richieste per l'affiliazione e il calcolo dei premi come richiesto nella domanda di assicurazione. Per esaminare un eventuale sovrindennizzo, per valutare una ritenenza nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal, come pure per il regresso nei confronti di terzi, la persona assicurata deve pure mettere a disposizione tutte le informazioni e la documentazione necessaria nella misura prevista dalla legge.

² La persona che fa domanda d'assicurazione, rispettivamente la persona assicurata, deve inoltre sottoporsi agli ulteriori esami prescritti dalla cassa nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera, in particolare a esami medici ragionevoli che servono a stabilire la diagnosi e a determinare le prestazioni. Sono considerate irragionevoli le misure mediche che rappresentano un pericolo per la vita e la salute della persona assicurata.

³ La cassa può a proprie spese richiedere a personale medico e ad altri specialisti di effettuare delle perizie in particolare sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa della persona assicurata.

13 Obbligo di notifica

¹ La persona assicurata deve notificare senza indugio al proprio assicuratore-malattie gli infortuni non annunciati a un assicuratore LAINF o all'assicurazione militare. Egli deve fornire indicazioni a proposito di

- ora, luogo, dinamica e conseguenze dell'infortunio;
- il medico curante o l'ospedale;
- eventuali responsabili e assicurazioni coinvolti.

² I cambiamenti d'indirizzo, di nominativo e i casi di decesso devono essere notificati per iscritto alla cassa entro 30 giorni.

³ Le prescrizioni di cure balneari devono essere inoltrate alla cassa per esame un mese prima dell'inizio della cura, fatta eccezione per i casi in cui la cura balneare inizia entro 14 giorni dopo una degenza in un ospedale acuto.

F Estensione delle prestazioni

14 Categorie d'assicurazione

¹ Conformemente alle presenti CGA e alle Condizioni aggiuntive per l'assicurazione, la cassa offre le seguenti categorie d'assicurazione:

- assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
- assicurazione d'indennità giornaliera
- Inoltre, la cassa si riserva di aprire un ramo assicurativo con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.
- Nell'ambito delle franchigie facoltative si deve inoltre rispettare l'art. 11 cpv. 8.

15 Infortuni

¹ In caso di infortunio la cassa si fa carico dei costi per le medesime prestazioni in applicazione della LAMal come in caso di malattia.

² È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica o psichica o che provochi la morte.

³ Le prestazioni sono versate solo per gli infortuni per i quali non deve rispondere nessun'altra assicurazione contro gli infortuni.

16 Sovrindennizzo

¹ La coincidenza di prestazioni di varie assicurazioni sociali non deve comportare un sovrindennizzo della persona avente diritto. Per il calcolo del sovrindennizzo sono considerate solo le prestazioni di eguale natura e scopo versate all'avente diritto a seguito dell'evento che gli ha causato il danno.

² Vi è sovrindennizzo, se le prestazioni assicurative dell'assicurazione sociale legalmente dovute superano il guadagno di cui l'assicurato è stato presumibilmente privato in seguito all'evento assicurato, incluse le spese supplementari provocate dallo stesso evento ed eventuali diminuzioni di reddito subite da congiunti.

³ Le prestazioni saranno ridotte in misura dell'importo che costituisce il sovrindennizzo. Dalla riduzione sono escluse le rendite dell'assicurazione vecchiaia e superstiti e dell'assicurazione per l'invalidità come pure tutti gli assegni per grandi invalidi e le indennità per menomazione dell'integrità. Nel caso di prestazioni in capitale si calcola il valore in capitale della rendita.

G Disposizioni varie

17 Conteggio dei sinistri

¹ Qualora la cassa abbia rilasciato a un creditore una garanzia di pagamento su base contrattuale o facoltativa, essa effettuerà il conteggio – salvo altre disposizioni previste nelle convenzioni tariffali – direttamente in addebito alle persone assicurate.

18 Obbligo di contenere i danni

¹ La persona assicurata deve attenersi scrupolosamente alle prescrizioni mediche (p. es. riposo a letto, assunzione di medicinali, terapie, ecc.) e astenersi da tutto quanto potrebbe compromettere o ritardare la guarigione.

² La persona assicurata non deve indurre il medico a effettuare cure oppure esami non necessari o antieconomici (p. es. visite a domicilio non necessarie, trattamenti stazionari in luogo di quelli ambulatoriali, cambiamento ingiustificato del medico con ripetizione degli stessi esami).

19 Cessazione

¹ In applicazione dell'art. 22, cpv. 1 della LPGA il diritto a prestazione non può essere né ceduto né dato in pegno. In deroga a questa disposizione, in base all'art. 42, cpv. 1, della LAMal, tale diritto è cedibile al fornitore di prestazioni.

20 Decisione

¹ Qualora la persona assicurata non accettasse prestazioni, risoluzioni o prescrizioni, la cassa deve emanare su richiesta una decisione in forma scritta.

² La richiesta d'emissione di una decisione d'accertamento deve essere assecondata, nel caso che la persona richiedente avanza un interesse degno di protezione.

³ La decisione deve essere corredata dall'indicazione dei rimedi giuridici. Essi devono essere giustificati, qualora non corrispondessero interamente alla richiesta delle parti. La notifica insufficiente di una decisione non deve causare alcun pregiudizio alla persona assicurata.

⁴ Qualora un obbligo alla prestazione riguardasse anche un altro titolare dell'assicurazione, la cassa dovrà rilasciare una decisione anche a questi. Questi può ricorrere agli stessi mezzi giuridici come la persona assicurata.

21 Consultazione degli atti

¹ In applicazione dell'art. 47 della LPGA, le persone autorizzate hanno diritto alla consultazione degli atti, purché siano tutelati interessi privati preponderanti.

22 Ricorso

¹ Le decisioni possono essere impugnate entro 30 giorni facendo opposizione presso la cassa.

23 Ricorso di diritto amministrativo

¹ Contro le decisioni su opposizione può essere sollevato ricorso di diritto amministrativo entro 30 giorni dalla notifica della decisione su opposizione. Esso va inoltrato al tribunale delle assicurazioni del Cantone nel quale la persona assicurata è domiciliata, o i terzi che interpongono ricorso sono domiciliati, al momento della presentazione del ricorso. Il ricorso deve essere inoltrato entro 30 giorni dalla notifica della decisione su opposizione al tribunale delle assicurazioni designato dal Cantone a dirimere le liti che oppongono l'assicuratore a un altro assicuratore, a una persona assicurata oppure a un terzo.

² Un ricorso può essere inoltrato anche quando la cassa, contrariamente alla richiesta delle persone in questione, non emana una decisione o una decisione di ricorso.

24 Disposizioni finali

Le presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA) entrano in vigore il 01.01.2012 e sostituiscono qualsiasi precedente edizione.