



Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con libera scelta del medico

Condizioni d'assicurazione (CA)
classic • euroline

Condizioni d'assicurazione (CA)

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con libera scelta del medico ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Capitolo	Pagina	Capitolo	Pagina
1	Basi dell'assicurazione	4	
1.1	Disposizioni di diritto federale e diritto cantonale		
1.2	Altre persone domiciliate nell'UE in Islanda o in Norvegia		
1.3	Applicazione per gli assicuratori del gruppo Sympany		
2	Oggetto dell'assicurazione	4	
3	Obblighi generali	4	
4	Responsabilità da trattamento medico	4	
5	Cessazione dell'assicurazione	4	
6	Copertura infortuni	4	
7	Obbligo di notifica e di comunicazione	4	
7.1	Notifica d'infortunio		
7.2	Collaborazione della persona assicurata		
7.3	Autorizzazione alla fornitura di informazioni		
7.4	Inadempimento dell'obbligo di notifica		
8	Diritti e obblighi concernenti le prestazioni di terzi	4	
		9	Coordinate di pagamento
		10	Tasse
		10.1	Tasse di diffida e incasso
		10.2	Pagamento rateale
		10.3	Commissioni di pagamento
		11	Obbligo di segretezza
		12	Contenzioso
		12.1	Decisione
		12.2	Opposizione
		12.3	Procedimento di ricorso
		13	Passaggio in giudicato
		14	Protezione giuridica
		15	Protezione dei dati
		16	Interpretazione
		17	Entrata in vigore

Scopo dell'assicurazione

L'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie assume le spese della diagnosi e del trattamento in caso di malattia, infortunio e maternità nell'ambito della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Può essere stipulata con una franchigia ordinaria o una franchigia a scelta. Sussiste inoltre la possibilità di stipulare l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie con libera scelta del medico oppure come modello assicurativo alternativo, inteso come forma assicurativa particolare con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Disposizioni di diritto federale e diritto cantonale

La base di questa assicurazione è costituita dalle disposizioni della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), della legge federale sulla vigilanza sull'assicurazione malattie del 26 settembre 2014 (LVAMal), della legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e dalle relative disposizioni d'esecuzione nonché dalle presenti condizioni d'assicurazione (CA). Il diritto federale e il diritto cantonale hanno la priorità rispetto alle presenti condizioni d'assicurazione (CA).

1.2 Altre persone domiciliate nell'UE, in Islanda o in Norvegia

Con l'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione tra la Svizzera e l'Unione europea (UE) devono inoltre essere rispettate le disposizioni divergenti che si riferiscono segnatamente alla cerchia delle persone assicurate, ai loro diritti e obblighi, al rapporto assicurativo, alle prestazioni, ai premi e alla partecipazione alle spese.

1.3 Applicazione per gli assicuratori del gruppo Sympany

Il soggetto giuridico indicato nella polizza eroga le prestazioni assicurative in qualità di assicuratore malattia e di seguito è denominato «assicuratore».

2 Oggetto dell'assicurazione

Le persone indicate nella polizza sono assicurate contro le conseguenze economiche di malattie, maternità e infortuni. Il rischio d'infortunio è compreso nell'assicurazione se è indicato nella polizza assicurativa.

3 Obblighi generali

La persona assicurata deve attenersi alle indicazioni mediche e fare tutto ciò che favorisce la guarigione ed evitare tutto ciò che la ritarda.

4 Responsabilità da trattamento medico

La responsabilità per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche è esclusivamente dei fornitori di prestazioni che curano la persona assicurata.

5 Cessazione dell'assicurazione

L'assicurazione termina:

- in seguito a disdetta,
- per trasferimento all'estero, eccetto i casi in cui persiste l'obbligo di assicurazione,
- in caso di decesso.

6 Copertura infortuni

La copertura infortuni può essere esclusa per gli infortuni professionali e non professionali qualora sia attestata una copertura infortuni completa obbligatoria ai sensi della LAINF. L'esclusione avviene dal primo giorno del mese successivo alla proposta. L'inclusione della copertura infortuni avviene immediatamente al termine dell'assicurazione infortuni ai sensi della LAINF. La persona assicurata deve notificare immediatamente la cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.

7 Obbligo di notifica e di comunicazione

7.1 Notifica d'infortunio

Qualora siano richieste le prestazioni per infortunio occorre in aggiunta compilare e presentare il modulo di notifica d'infortunio. La notifica d'infortunio deve essere spedita all'assicuratore entro 10 giorni dal verificarsi dell'infortunio.

7.2 Collaborazione della persona assicurata

La persona assicurata è tenuta a fornire gratuitamente all'assicuratore tutte le informazioni necessarie per l'accertamento del diritto alle prestazioni, comprese le decisioni di altri assicuratori sociali e le ricevute di eventuali assicuratori privati.

7.3 Autorizzazione alla fornitura di informazioni

La persona assicurata deve autorizzare tutte le persone e gli uffici, segnatamente datori di lavoro, medici, ospedali, terapisti, assicurazioni e pubblici uffici, a fornire le informazioni necessarie per accertare il diritto alle prestazioni.

7.4 Inadempimento dell'obbligo di notifica

Gli svantaggi derivanti dalla violazione dell'obbligo di notifica e comunicazione sono a carico della persona assicurata.

8 Diritti e obblighi concernenti le prestazioni di terzi

La persona assicurata ha l'obbligo di informare immediatamente l'assicuratore in merito a qualsiasi prestazione di terzi (es. assicurazione infortuni, di responsabilità civile, militare o per l'invalidità), nonché in merito agli accordi concernenti le somme di liquidazione, qualora questi debba fornire prestazioni per lo stesso caso assicurativo. Senza l'esplicito consenso dell'assicuratore, la persona assicurata non può rinunciare interamente o in parte alle prestazioni di terzi. Se un'altra assicurazione malattia, infortuni o sociale riduce le proprie prestazioni per motivi che autorizzano anche l'assicuratore a ridurre le prestazioni, quest'ultimo non rimborsa la perdita dovuta alla riduzione.

9 Coordinate di pagamento

L'assicuratore versa le prestazioni alla persona assicurata sul conto postale o bancario indicato. In caso di omessa comunicazione da parte della persona assicurata, l'assicuratore può addebitare un forfait per le spese per ogni conteggio delle prestazioni.

10 Tasse

10.1 Tasse di diffida e incasso

In caso di mora, l'assicuratore può addebitare ai debitori oltre alle spese di esecuzione anche le spese di elaborazione in misura adeguata, le tasse di pratica, le spese per le diffide e gli interessi di mora.

10.2 Pagamento rateale

Se nella procedura di incasso ed esecuzione è stato concordato un pagamento rateale, l'assicuratore può addebitare una tassa di rateizzazione per l'onere amministrativo aggiuntivo.

10.3 Commissioni di pagamento

La persona assicurata ha diverse possibilità di pagare i propri premi e partecipazioni ai costi senza commissioni. Se la persona assicurata sceglie una modalità di pagamento che comporta commissioni (ad es. in caso di versamenti allo sportello postale), l'assicuratore può addebitarle la relativa commissione.

11 Obbligo di segretezza

I collaboratori dell'assicuratore sottostanno all'obbligo del segreto previsto dalla legge.

12 Contenzioso

12.1 Decisione

Nel caso in cui una persona assicurata non concordi con una decisione dell'assicuratore, entro 30 giorni quest'ultimo emana su richiesta una disposizione motivata per iscritto con indicazione dei rimedi giuridici.

12.2 Opposizione

È possibile presentare opposizione contro la decisione dell'assicuratore entro 30 giorni dal suo recapito. L'assicuratore verifica l'opposizione ed emana una decisione su opposizione motivata per iscritto, con indicazione dei rimedi giuridici.

12.3 Procedimento di ricorso

Contro la decisione su opposizione dell'assicuratore è possibile presentare ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dal suo recapito.

Ha diritto di presentare ricorso la persona interessata dalla decisione o dalla decisione su opposizione contestata che vanta un interesse degno di tutela rispetto alla revoca o alla modifica di tale decisione.

È competente il Tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui è domiciliata la persona assicurata o il ricorrente. Si può ricorrere al Tribunale delle assicurazioni anche nel caso in cui l'assicuratore non presenti alcuna decisione su opposizione entro i termini.

Se l'assicurato o il ricorrente è domiciliato all'estero, è competente il Tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui si trovava il suo ultimo domicilio svizzero o in cui ha sede il suo ultimo datore di lavoro svizzero; se non è possibile stabilire nessuno di questi luoghi, è competente il Tribunale delle assicurazioni di Basilea.

13 Passaggio in giudicato

In caso di scadenza inutilizzata del termine di ricorso, la decisione o la decisione su opposizione dell'assicuratore passa in giudicato. Le decisioni passate in giudicato che impongono il pagamento di una somma di denaro sono parificate alle sentenze esecutive dei tribunali ai sensi dell'articolo 80 della legge federale sulla esecuzione e sul fallimento (LEF).

14 Protezione giuridica

In caso di controversie sull'onorario tra la persona assicurata e i fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal, l'assicuratore può, su richiesta della persona assicurata, assumerne la rappresentanza dinanzi ai tribunali competenti a spese dell'assicuratore, purché la conclusione della controversia non appaia priva di probabilità di successo.

15 Protezione dei dati

Il trattamento dei dati delle persone assicurate è retto in particolare dalle disposizioni legali applicabili in materia di protezione dei dati della legge federale sulla protezione dei dati del 25 settembre 2020 (LPD, RS 235.1), dall'art. 33 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1) e dagli artt. 84, 84a e 84b della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10). Nei rapporti assicurativi con rilevanza internazionale il trattamento dei dati è retto dalle disposizioni applicabili (es. regolamento RGPD [UE] 2016/679 del 27 aprile 2016).

I dati rilevati presso la persona assicurata servono all'esecuzione del contratto di assicurazione (es. per il trattamento delle prestazioni, l'incasso o la gestione dei documenti). Vengono rilevati solo i dati necessari a tale scopo.

Informazioni dettagliate sulla protezione dei dati sono disponibili sul sito web dell'assicuratore.

16 Interpretazione

La versione originale delle presenti condizioni d'assicurazione è la versione in lingua tedesca. Le versioni francese, italiana e inglese sono traduzioni. In caso di divergenze d'interpretazione fa stato il testo tedesco.

17 Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore il 1° gennaio 2024 e sostituisce ogni precedente regolamento e disposizione concernente l'assicurazione obbligatoria di legge per le cure medico-sanitarie.

1096/i/07.2023

+41 58 262 42 00
www.sympany.ch

Assicurarsi al meglio.
sympany