

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

Articolo 1 Campo d'applicazione delle condizioni d'assicurazione

- 1.1 I diritti e gli obblighi dell'assicurato e dell'assicuratore risultano dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000 e dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994. Le presenti Condizioni generali d'assicurazione sono emesse a complemento e nel rispetto della legislazione precitata.
- 1.2 Le presenti Condizioni generali d'assicurazione, così come le condizioni speciali che vi sono subordinate, sono applicabili agli assicurati individuali e collettivi di Assura-Basis SA (qui di seguito "Assura").
- 1.3 Se, per una determinata cerchia d'assicurati, sono previste delle deroghe alle Condizioni generali o speciali, queste devono essere oggetto di un contratto d'assicurazione collettivo.
- 1.4 Le modifiche alle Condizioni generali e speciali d'assicurazione sono comunicate agli assicurati mediante invio semplice. Con il pagamento di un premio d'assicurazione tramite una polizza di versamento che ne fa speciale riferimento, gli assicurati confermano di avere ricevuto le nuove condizioni e di averne preso conoscenza. Nel caso in cui non avessero ricevuto questi nuovi documenti, è loro compito chiederne l'invio complementare entro 20 giorni dal ricevimento della polizza di versamento del premio d'assicurazione.

Articolo 2 Oggetto dell'assicurazione

- 2.1 Le Condizioni speciali d'assicurazione regolano le prestazioni accordate per ogni categoria e forma d'assicurazione sottoscritta dall'assicurato. Queste devono essere allegate alle Condizioni generali d'assicurazione e sono parte integrante di queste ultime.
- 2.2 In principio, la copertura d'assicurazione prevede i rischi malattia e infortunio. Previa domanda dell'assicurato e se quest'ultimo fornisce la prova che è interamente assicurato conformemente alla LAINF, Assura procede alla soppressione del rischio infortunio e riduce di conseguenza il premio.

Articolo 3 Persone assicurabili - Qualità d'assicurato

- 3.1 Le persone soggette all'obbligo d'assicurazione d'ufficio o su loro richiesta, ai sensi dell'articolo 3 LAMal, possono sottoscrivere un'assicurazione a condizione di completare e firmare un formulario per la domanda d'adesione.
- 3.2 Assura può rifiutare la candidatura di una persona non tenuta all'obbligo d'assicurazione che sia stata esclusa, per gravi cause, da un assicuratore riconosciuto dalla Confederazione.
- 3.3 Quando Assura accetta una domanda d'adesione di un nuovo candidato, quest'ultimo acquisisce la qualità di assicurato.

Articolo 4 Riserve

- 4.1 L'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera (categoria Indemnia) può essere l'oggetto di riserve qualora, al momento dell'ammissione, l'assicurato sia malato o delle malattie anteriori siano, secondo l'esperienza, suscettibili di ricadute.
- 4.2 Se non è possibile determinarsi al solo esame del questionario medico completato dall'assicurato, Assura può chiedere delle informazioni mediche complementari oppure domandare al candidato di sottoporsi ad una visita medica, i cui costi saranno sopportati dall'assicurato. A questo scopo, il candidato libera il personale medico o paramedico dal segreto professionale sul suo stato di salute anteriore.
- 4.3 Le riserve decadono al più tardi dopo 5 anni dalla data della loro introduzione.
- 4.4 Durante i 10 giorni che seguono la comunicazione di una riserva, il candidato ha la facoltà di rinunciare alla sua affiliazione mediante una semplice lettera indirizzata ad Assura.

Articolo 5 Diritto alle prestazioni

- 5.1 Se l'affiliazione è tempestiva, l'assicurazione inizia dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. In caso d'adesione tardiva, l'assicurazione inizia dal giorno dell'affiliazione. L'assicurato deve pagare un supplemento di premio se il ritardo non è giustificabile.
- 5.2 I casi particolari di cittadini svizzeri o esteri assoggettati d'ufficio o su richiesta da parte loro all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono regolati dal capitolo primo dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) del 27 giugno 1995.
- 5.3 In caso di cambiamento d'assicuratore, il diritto alle prestazioni è acquisito a partire dalla data in cui prende fine la copertura d'assicurazione dell'assicuratore precedente.
- 5.4 I casi d'incapacità lavorativa, d'ospedalizzazione, d'intervento chirurgico e di cure balneari devono essere annunciati esplicitamente all'assicuratore.
- 5.5 L'assicurato non può pretendere il pagamento delle prestazioni sottoscritte quando quest'ultime sono superiori alle spese effettive o alla perdita di guadagno presa in considerazione (sovraassicurazione).

Articolo 6 Fine del diritto alle prestazioni - Sospensione della copertura degli infortuni - Sospensione dell'assicurazione durante il servizio militare

- 6.1 Il diritto alle prestazioni si estingue in ogni caso al termine dell'affiliazione. L'assicurato non può più pretendere un indennizzo oltre questa data, nemmeno per un caso ancora in corso.
- 6.2 E' riservato il caso della sospensione della copertura degli infortuni, se l'assicuratore è chiamato ad assumersi i costi dei postumi degli infortuni che assicurava prima della sospensione della copertura.

- 6.3 Quando l'assicurato, il suo datore di lavoro oppure l'assicurazione contro la disoccupazione sono resi responsabili di una mancanza della copertura d'assicurazione contro gli infortuni, costoro sono chiamati a pagare la parte del premio corrispondente alla copertura degli infortuni, compresi gli interessi di mora. In tale evenienza, l'assicuratore può compensare un tale premio con delle eventuali prestazioni dovute.
- 6.4 L'assicurato, sottoposto per più di 60 giorni consecutivi alla Legge federale sull'assicurazione militare (LAM), può domandare la sospensione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Costui deve fornire la prova che sarà sottomesso all'assicurazione militare per più di 60 giorni consecutivi. Le prestazioni non saranno accordate durante questo periodo.

Articolo 7 Polizza d'assicurazione

- 7.1 Una polizza d'assicurazione, accompagnata dalle relative condizioni d'assicurazione, è consegnata ad ogni assicurato. Questa inizia, quanto ai premi, a partire dal primo giorno del mese d'affiliazione.
- 7.2 La polizza servirà quale base per ogni eventuale pretesa dell'assicurato nei confronti di Assura e giustificherà l'appartenenza all'assicuratore nei confronti dei fornitori di prestazioni.

Articolo 8 Rischi non assicurati - Sospensione del diritto alle prestazioni

- 8.1 Le prestazioni non sono accordate :
- a) per le malattie e gli infortuni oggetto di riserve ai sensi dell'articolo 4 qui sopra o che avrebbero potuto esserlo se degli elementi di giudizio non fossero stati dissimulati al momento dell'ammissione (reticenza). In quest'ultima circostanza, Assura può - se ciò è giustificato - introdurre perfino una riserva retroattiva o pronunciare una sanzione proporzionata alla gravità della colpa commessa;
 - b) per le cure che non sono riconosciute scientificamente e i relativi provvedimenti inerenti alla loro applicazione;
 - c) per le malattie o gli infortuni causati volontariamente dall'assicurato, risultanti da un atto delittuoso o sopraggiunti conseguentemente ad una rissa;
 - d) per le malattie e gli infortuni causati da un atto temerario dell'assicurato o imputabili ad una colpa grave di quest'ultimo, a meno che Assura non riduca semplicemente le sue prestazioni relative all'errore commesso secondo il principio della proporzionalità.
- 8.2 Le prestazioni possono essere ridotte e, in casi eccezionalmente gravi, rifiutate :
- a) in caso di notifica tardiva dell'incapacità lavorativa a seguito di una malattia o di un infortunio;
 - b) quando, senza l'autorizzazione di Assura, l'assicurato, che beneficia di un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie implicante una scelta limitata dei fornitori di cure, cambia medico durante la cura;
 - c) quando consulta un medico che esercita in un altro cantone dal suo luogo di domicilio. In questo caso, l'assicurato ha diritto, tutt'al più, all'equivalente delle prestazioni fissate dalla tariffa in vigore nel cantone di domicilio. Restano riservate le regole relative all'adesione alla forma d'assicurazione che prevede una scelta limitata dei fornitori di prestazioni (rete della salute);

- d) in caso di trasgressione alle disposizioni legali, alle condizioni d'assicurazione, di dolo o di abuso.

Articolo 9 Carattere economico e qualità delle prestazioni (articolo 56 LAMal)

A condizione che la sua decisione sia comunicata agli assicurati in tempo utile, Assura può sospendere le sue prestazioni fino a conoscenza del diritto per le cure effettuate o prescritte da personale medico la cui pratica è oggetto di una denuncia davanti ad un organo di conciliazione o un tribunale arbitrale. Questo provvedimento è valido fino alla pubblicazione della decisione dell'organo disciplinare o della sentenza del tribunale arbitrale. L'assicuratore è tenuto a rendere noto ai suoi assicurati l'annullamento di tale misura.

Articolo 10 Prestazioni all'estero

- 10.1 In caso di soggiorno temporaneo all'estero degli assicurati sottomessi all'obbligo d'assicurazione, Assura accorda, in linea di massima, le sue prestazioni solo per le spese di cura urgenti. Questa disposizione è senz'altro valida per un periodo non superiore a 6 mesi. Per un periodo più lungo, un'autorizzazione formale può essere accordata previa richiesta.
- 10.2 L'assicuratore può versare le prestazioni, ai sensi dell'articolo 36 OAMal, unicamente sulla base delle fatture originali, dettagliate e sulle quali siano menzionate le date delle cure, le diagnosi, le prestazioni mediche prestate, l'importo corrispondente ad ogni prestazione, così come il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dei fornitori di prestazioni stranieri. Se necessario, l'assicuratore può esigere una traduzione in una delle lingue nazionali, o in inglese, dei documenti redatti in un'altra lingua.
- 10.3 Le prestazioni non sono versate all'assicurato che, per farsi curare, si reca all'estero. Restano riservate le eccezioni previste dalla legge.
- 10.4 Assura versa le proprie prestazioni ai frontalieri quando le cure hanno luogo nella fascia frontaliere o in Svizzera. Per il resto e per analogia, al di fuori delle zone frontaliere sono applicabili gli articoli 10.1 a 10.3 della presente normativa.

Articolo 11 Cessione e pegno (abrogato)

Articolo 12 Informazioni mediche

- 12.1 L'assicurato deve comunicare ad Assura tutti gli elementi necessari alla liquidazione di un caso che lo riguarda. A tale scopo, e qualora sia necessario, egli autorizza tutti i fornitori di prestazioni a rilasciare ogni informazione sul suo stato di salute.
- 12.2 A sue spese, Assura ha la possibilità di sottoporre l'assicurato ad ulteriori esami medici tramite il suo medico di fiducia oppure da un fornitore di prestazioni di sua scelta.

Articolo 13 Sussidiarietà

- 13.1 L'assicurato deve informare in ogni caso Assura qualora egli riceva delle prestazioni da terzi, assicuratori o meno.
- 13.2 Gli obblighi di Assura, quale assicurazione sociale, sono sussidiari rispetto a quelli di terzi, assicuratori o meno. Di conseguenza, Assura concede le sue prestazioni soltanto a condizione che il terzo, assicuratore o meno abbia versato le proprie fino al limite del dovuto.

- 13.3 Se un terzo contesta la sua responsabilità, Assura può accordare un anticipo ad un assicurato, che gli cede allora i suoi diritti, per non lasciarlo in difficoltà finanziarie. Questo modo di procedere non pregiudica la situazione preferenziale definita all'articolo 13.2 della presente normativa.
- 13.4 In caso di concorso con altre assicurazioni sociali, le prestazioni sono corrisposte secondo le regole definite agli articoli 63 a 71 LPGa e 110 a 116 OAMaL.
- 13.5 In ogni caso, Assura vigila affinché l'assicurazione non costituisca una fonte di guadagno per gli assicurati, che devono allora rimborsare le prestazioni indebitamente ricevute.

Articolo 14 Modifiche della polizza d'assicurazione

- 14.1 Durante il periodo d'affiliazione, l'assicurato può richiedere una modifica della sua polizza d'assicurazione, a condizione di soddisfare, in caso d'aumento del rischio assicurato, le esigenze previste per un'ammissione.
- 14.2 La modifica della polizza d'assicurazione entra in vigore, di regola, al più presto il primo giorno del mese che segue il ricevimento da parte di Assura della domanda di modifica. Restano tuttavia riservate le modalità d'adattamento della franchigia e del cambiamento di forma d'assicurazione, conformemente alle condizioni speciali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale e dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che implicano una scelta limitata dei fornitori di prestazioni (rete della salute).

Articolo 15 Premi

- 15.1 I premi sono pagabili in anticipo alle scadenze convenute.
- 15.2 Con il consenso dell'UFSP, Assura può modificare l'importo dei premi, nel senso di un aumento o di una diminuzione, ogni qualvolta che la sua situazione economica l'esiga o lo permetta.
- 15.3 Nel caso di pagamento anticipato dei premi, l'assicurato può beneficiare di un ribasso fissato in accordo con l'UFSP.
- 15.4 I crediti delle quote scadute sono sottoposti alla percezione di un interesse moratorio del 5% annuo.

Articolo 16 Disdetta

- 16.1 L'assicurato può rinunciare alla sua affiliazione per la fine di un semestre civile a condizione di farne domanda tramite invio raccomandato, rispettando un termine di preavviso di 3 mesi.
- 16.2 Restano riservate le Condizioni speciali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale e dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che implicano una scelta limitata dei fornitori di prestazioni (rete della salute).
- 16.3 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.

Articolo 17 Costituzione in mora – Radiazione - Negligenza

- 17.1 L'assicurato che, dopo vari richiami, non adempie ai suoi obblighi, è costituito in mora. Se tale diffida non è seguita da un pagamento integrale entro 5 giorni, l'assicurato diventa immediatamente debitore dei premi dovuti fino alla prossima scadenza e viene introdotta una procedura di riscossione in via di pignoramento o in via di fallimento nei suoi confronti. In caso d'opposizione al precetto esecutivo, l'assicuratore pronuncerà, in applicazione dell'articolo 79 LEF e sotto forma di decisione soggetta ad opposizione ai sensi dell'articolo 52 LPGa, il rigetto dell'opposizione fino a concorrenza dell'importo dovuto. L'assicurato è tenuto a partecipare alle spese dovute all'emissione dei richiami ed alla costituzione in mora a ragione, rispettivamente di fr. 10.- e di fr. 30.-.
- 17.2 Quando una procedura d'esecuzione non può essere intentata contro un assicurato che non è soggetto alla legislazione svizzera per l'aiuto sociale o che non da esito al pagamento dei premi o alla partecipazione dei costi, l'assicuratore può mettere fine al rapporto d'assicurazione, dopo una diffida scritta che avverte l'assicurato delle conseguenze della sua omissione.
- 17.3 Qualora, per negligenza o comportamento colpevole, l'assicurato provochi delle spese amministrative onerose, costui ne deve assumere le conseguenze finanziarie.

Articolo 18 Procedura in caso di litigio

- 18.1 Quando l'assicurato contesta la posizione dell'assicuratore, può esigere che gli venga notificata una decisione. L'assicuratore è tenuto a renderla entro 30 giorni.
- 18.2 Ogni decisione può essere impugnata, entro 30 giorni, facendo opposizione presso l'assicuratore che l'ha notificata.
- 18.3 Le decisioni su opposizione sono impugnabili mediante ricorso di diritto amministrativo. Il ricorso va interposto entro 30 giorni dalla notifica della decisione su opposizione davanti al Tribunale delle assicurazioni designato da ogni cantone.

Entrata in vigore

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2013.

Assura-Basis SA

NB: l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera (art. 67 a 77 LAMaL)

gli articoli 4, 8.1 lettere a), c) e d), 8.2, lettera a) e 14.1 delle condizioni generali qui sopra esposte si applicano unicamente all'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.