



1020/12/19

Telefono 0800 455 455
www.sympany.ch

 **sympany**
diversa con brio



Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)
Edizione 2020

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Edizione 2020

Indice

1	Basi dell'assicurazione	Pagina	6
1.1	Disposizioni di diritto federale	Pagina	6
1.2	Validità	Pagina	6
1.3	Altre persone con domicilio nell'UE, in Islanda o in Norvegia	Pagina	6
1.4	Applicazione per gli assicuratori del gruppo Sympany	Pagina	6
2	Disposizioni contrattuali	Pagina	6
2.1	Validità delle Condizioni speciali	Pagina	6
2.2	Convenzione linguistica	Pagina	6
3	Assicuratore	Pagina	6
4	Oggetto dell'assicurazione	Pagina	6
5	Termini	Pagina	6
5.1	Malattia	Pagina	6
5.2	Maternità	Pagina	6
5.3	Infortunio	Pagina	6
6	Rapporto assicurativo	Pagina	6
7	Proposta di assicurazione	Pagina	6
8	Decorrenza dell'assicurazione	Pagina	6
8.1	In generale	Pagina	6
8.2	Iscrizione tardiva	Pagina	6
9	Modifiche dell'assicurazione	Pagina	6
9.1	Adeguamento della franchigia	Pagina	6
9.2	Esclusione della copertura infortuni	Pagina	7
9.3	Inclusione della copertura infortuni	Pagina	7
10	Sospensione	Pagina	7
11	Cessazione dell'assicurazione	Pagina	7

12	Disdetta dell'assicurazione	Pagina	7
12.1	Uscita	Pagina	7
12.2	Uscita in corso d'anno	Pagina	7
12.3	Uscita per modifica del premio	Pagina	7
12.4	Notifica assicuratore successivo	Pagina	7
12.5	Uscita per insoluti	Pagina	7
12.6	Uscita dai modelli di assicurazione alternativi	Pagina	7
13	Prestazioni in caso di malattia	Pagina	7
14	Prestazioni in caso di infortunio	Pagina	7
15	Prestazioni all'estero	Pagina	7
15.1	Emergenze	Pagina	7
15.2	Trattamenti programmati	Pagina	7
15.3	Frontalieri	Pagina	7
16	Responsabilità da trattamento medico	Pagina	7
17	Obblighi generali	Pagina	7
18	Giustificazione	Pagina	7
19	Obbligo di notifica e di comunicazione	Pagina	7
19.1	Notifica d'infortunio	Pagina	7
19.2	Collaborazione dell'assicurato	Pagina	7
19.3	Autorizzazione alla comunicazione di informazioni	Pagina	7
19.4	Informazioni sulle prestazioni di terzi	Pagina	8
19.5	Inadempimento dell'obbligo di notifica	Pagina	8
20	Decadenza del diritto alle prestazioni	Pagina	8
21	Limitazioni alle prestazioni	Pagina	8
22	Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni	Pagina	8
23	Compensazione, obbligo di rimborso	Pagina	8
23.1	Compensazione	Pagina	8
23.2	Rimborso delle prestazioni	Pagina	8

24	Prestazioni anticipate	Pagina	8
25	Prestazioni di terzi	Pagina	8
25.1	Ordine di responsabilità	Pagina	8
25.2	Regresso	Pagina	8
25.3	Notifica dell'assicurato	Pagina	8
25.4	Riduzione delle prestazioni	Pagina	8
26	Pagamento delle prestazioni	Pagina	8
26.1	Moneta valida	Pagina	8
26.2	Coordinate di pagamento	Pagina	8
27	Franchigia ordinaria	Pagina	8
28	Franchigia a scelta	Pagina	8
28.1	Sconti sui premi per franchigie a scelta	Pagina	8
28.2	Cerchia di assicurati	Pagina	8
28.3	Stipula di franchigie a scelta	Pagina	8
28.4	Cambiamento delle franchigie a scelta	Pagina	8
28.5	Franchigie a scelta in caso di a desione in corso d'anno	Pagina	8
29	Premi	Pagina	8
29.1	Tariffa dei premi	Pagina	8
29.2	Differenze locali	Pagina	9
30	Riduzione dei premi	Pagina	9
31	Pagamento del premio	Pagina	9
32	Compensazione dei premi incassati in eccesso	Pagina	9
33	Tasse	Pagina	9
33.1	Tasse di diffida e incasso	Pagina	9
33.2	Pagamento rateale	Pagina	9
34	Obbligo di segretezza	Pagina	9
35	Contenzioso	Pagina	9
35.1	Decisione	Pagina	9
35.2	Opposizione	Pagina	9
35.3	Procedimento di ricorso	Pagina	9

36	Passaggio in giudicato	Pagina	9
37	Protezione giuridica	Pagina	9
38	Protezione dei dati	Pagina	9
39	Entrata in vigore	Pagina	9

Scopo dell'assicurazione

L'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie rimborsa le spese di diagnosi e di trattamento in caso di malattia, infortunio e maternità nell'ambito della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Può essere stipulata con franchigia ordinaria o franchigia a scelta e come modello di assicurazione alternativo ai sensi di una forma assicurativa speciale.

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Disposizioni di diritto federale

Le basi di questa assicurazione sono le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e le relative disposizioni di esecuzione così come le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) e le Condizioni speciali d'assicurazione (CS).

Il diritto federale e il diritto cantonale hanno la precedenza sulle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

1.2 Validità

Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) contengono le disposizioni generali per l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie. Esse valgono anche per i modelli assicurativi alternativi:

- casamed medico di famiglia,
- casamed hmo,
- casamed pharm,
- callmed 24,
- flexhelp24,

a condizione che per il singolo modello assicurativo alternativo non si applichi un diverso regolamento in forma di Condizioni speciali d'assicurazione (CS).

1.3 Altre persone con domicilio 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.

1.4 Applicazione per gli assicuratori del gruppo Sympany

Per consentire una migliore leggibilità, nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) il nome Sympany si riferisce anche a:

- a Vivao Sympany AG,
- b Moove Sympany AG,
- c Kolping Krankenkasse AG.

2 Disposizioni contrattuali

2.1 Validità delle Condizioni speciali

In caso di stipula di un modello di assicurazione alternativo, oltre alle presenti Condizioni generali d'assicurazione si applicano le Condizioni speciali d'assicurazione (CS). Esse hanno la precedenza rispetto alle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

2.2 Convenzione linguistica

La forma maschile adottata nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) vale anche per le persone di sesso femminile.

3 Assicuratore

L'assicuratore è l'assicuratore malattia indicato nella polizza assicurativa.

4 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.

5 Termini

5.1 Malattia

Viene considerata malattia la compromissione della salute fisica, mentale o psichica non dovuta a infortunio, avente come conseguenza un trattamento medico o un'incapacità lavorativa.

5.2 Maternità

La maternità comprende la gravidanza e il parto così come il conseguente periodo di riposo della madre.

5.3 Infortunio

Viene considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario tale da compromettere la salute fisica, mentale o psichica o da causare la morte. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili agli infortuni sono equiparati agli infortuni.

6 Rapporto assicurativo

La cerchia delle persone assoggettate all'obbligo assicurativo è definita dalle disposizioni di legge.

7 Proposta di assicurazione

La proposta di assicurazione deve essere presentata per iscritto dal richiedente mediante l'apposito modulo. Ai fini dell'accettazione occorre rispondere a tutte le domande del modulo.

8 Decorrenza dell'assicurazione

8.1 In generale

L'assicurazione decorre dalla conferma del giorno di accettazione. A titolo di conferma, l'assicurato riceve una polizza assicurativa.

8.2 Iscrizione tardiva

In caso di adesione tardiva, la copertura assicurativa decorre dal momento dell'adesione. In caso di ritardo non giustificabile può essere riscosso un supplemento di premio conformemente alle disposizioni di legge.

9 Modifiche dell'assicurazione

9.1 Adeguamento della franchigia

La franchigia può essere adeguata il 1° gennaio dell'anno successivo.

9.2 Esclusione della copertura infortuni

La copertura infortuni può essere esclusa per gli infortuni professionali e non professionali qualora sia attestata una copertura infortuni ai sensi della LAINF. L'esclusione avviene dal primo giorno del mese successivo alla proposta.

9.3 Inclusione della copertura infortuni

L'inclusione della copertura infortuni avviene immediatamente al termine dell'assicurazione infortuni ai sensi della LAINF. L'assicurato è tenuto a notificare immediatamente il termine dell'assicurazione infortuni ai sensi della LAINF.

10 Sospensione

L'obbligo di assicurazione è sospeso per le persone che sono assoggettate alla Legge federale sull'assicurazione militare (LAM) per più di 60 giorni consecutivi. La procedura per la sospensione dell'assicurazione e i relativi obblighi di informazione e comunicazione sono definiti dalle disposizioni d'esecuzione concernenti la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

11 Cessazione dell'assicurazione

L'assicurazione termina:

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

12 Disdetta dell'assicurazione

12.1 Uscita

L'assicurato può uscire dall'assicurazione il 31 dicembre nel rispetto del termine di preavviso di tre mesi. L'uscita deve essere notificata per iscritto.

12.2 Uscita in corso d'anno

Se non si è optato né per una franchigia a scelta né per un modello d'assicurazione alternativo, l'uscita può avvenire il 30 giugno nel rispetto del termine di preavviso di tre mesi. L'uscita deve essere notificata per iscritto.

12.3 Uscita per modifica del premio

Ricevuta la comunicazione di un nuovo premio, l'assicurato può disdire l'assicurazione alla fine del mese che precede l'entrata in vigore del nuovo premio, nel rispetto del termine di preavviso di un mese.

12.4 Notifica assicuratore successivo

Il rapporto assicurativo termina solo quando il nuovo assicuratore comunica che la persona interessata è assicurata presso di lui senza interruzione della copertura assicurativa.

12.5 Uscita per insoluti

L'assicuratore può essere cambiato soltanto se non sussistono insoluti.

12.6 Uscita dai modelli di assicurazione alternativi

Restano salve disposizioni differenti per i modelli di assicurazione alternativi.

13 Prestazioni in caso di malattia

Sono fornite le prestazioni di legge.

14 Prestazioni in caso di infortunio

Se è assicurato il rischio d'infortunio, vengono fornite le stesse prestazioni del caso di malattia.

15 Prestazioni all'estero

15.1 Emergenze

Sono coperte le spese per i trattamenti all'estero in caso di emergenza. Si è in presenza di un'emergenza quando l'assicurato, durante un soggiorno provvisorio all'estero, deve sottoporsi a un trattamento medico e non è in grado di affrontare il viaggio di rientro. Le prestazioni sono fornite a condizione che l'assicurato non sia in grado di affrontare, dal punto di vista medico, il viaggio di rientro.

15.2 Trattamenti programmati

Se l'assicurato/a si reca all'estero per diagnosi, trattamento, cura o parto, non è fornita alcuna prestazione. Restano salve le eccezioni previste dalla legge.

15.3 Frontalieri

I frontalieri e le altre persone assoggettate all'assicurazione in Svizzera e domiciliate in un Paese dell'UE ai sensi dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone possono sottoporsi a trattamento nel proprio Paese di domicilio ai sensi delle disposizioni dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone.

16 Responsabilità da trattamento medico

La responsabilità per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche ricade esclusivamente sui fornitori delle prestazioni scelti dall'assicurato.

17 Obblighi generali

L'assicurato deve attenersi alle prescrizioni mediche e fare tutto quanto è necessario per favorire la guarigione e astenersi invece da ciò che la ritarda.

18 Giustificazione

Qualora vengano richieste le prestazioni assicurative, per accertarne il diritto occorre presentare le fatture originali entro 5 anni dalla loro emissione. Decorso detto termine decade ogni diritto alle prestazioni.

19 Obbligo di notifica e di comunicazione

19.1 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 recapitata a Sympany entro dieci giorni dal verificarsi dell'infortunio.

19.2 Collaborazione dell'assicurato

L'assicurato deve fornire gratuitamente a Sympany ogni informazione necessaria per accertare il diritto alle prestazioni, comprese le decisioni di altri assicuratori sociali e le ricevute di eventuali assicuratori privati.

19.3 Autorizzazione alla comunicazione di informazioni

L'assicurato deve autorizzare tutte le persone e gli uffici, segnatamente i datori di lavoro, i medici, gli ospedali, i terapeuti, le

assicurazioni e le autorità, a fornire le informazioni necessarie per accertare il diritto alle prestazioni.

19.4 Informazioni sulle prestazioni di terzi

L'assicurato ha l'obbligo di informare immediatamente Sympany di qualsiasi prestazione di terzi (ad es. assicurazione infortuni, responsabilità civile, militare o invalidi) nonché degli accordi concernenti le somme di liquidazione, qualora Sympany debba fornire prestazioni per lo stesso caso assicurativo.

19.5 Inadempimento dell'obbligo di notifica

Gli svantaggi risultanti dall'inadempimento dell'obbligo di notifica e comunicazione sono a carico dell'assicurato.

20 Decadenza del diritto alle prestazioni

Non sono corrisposte prestazioni per i trattamenti e le misure inefficaci, inidonei o non economici; l'efficacia deve essere provata con metodi scientifici.

21 Limitazioni alle prestazioni

Non sono corrisposte prestazioni:

- a in caso di ricorso illecito alle prestazioni di Sympany,
 - b in caso di rifiuto di sottoporsi alla visita da parte del medico di fiducia dell'assicurazione,
 - c per la durata del ritardo in caso di adesione tardiva,
 - d durante il posticipo della prestazione in caso di tardato pagamento; restano salve le disposizioni di legge divergenti.
- Per gli infortuni o le relative conseguenze causati intenzionalmente dall'assicurato, le prestazioni assicurative vengono ridotte e, nei casi particolarmente gravi, negate.

22 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

Senza il consenso di Sympany, l'assicurato non può né cedere né costituire in pegno i crediti nei suoi confronti. Resta salva la cessione dei crediti ai fornitori di prestazioni.

23 Compensazione, obbligo di rimborso

23.1 Compensazione

L'assicurato non può vantare alcun diritto di compensazione nei confronti di Sympany.

23.2 Rimborso delle prestazioni

Le prestazioni illecitamente percepite dall'assicurato devono essere rimborsate a Sympany.

24 Prestazioni anticipate

Le prestazioni anticipate di Sympany nei confronti di altri assicuratori sociali sono definite ai sensi della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA).

25 Prestazioni di terzi

25.1 Ordine di responsabilità

Qualora in un caso assicurativo le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie coincidano con prestazioni simili di altre assicurazioni sociali, l'obbligo di prestazione di Sympany risulta dalle disposizioni di legge.

25.2 Regresso

Nei confronti degli assicuratori che rispondono per un caso assicurativo, Sympany subentra nei diritti dell'assicurato al momento dell'evento e fino a concorrenza delle prestazioni di legge. I dettagli concernenti l'esercizio del diritto di regresso risultano dalle disposizioni del diritto federale.

25.3 Notifica dell'assicurato

L'assicurato ha l'obbligo di comunicare i propri diritti nei confronti di altri assicuratori e terzi obbligati al pagamento e, senza l'esplicita approvazione di Sympany, non può rinunciare né parzialmente né totalmente alle loro prestazioni.

25.4 Riduzione delle prestazioni

Nel caso in cui un altro assicuratore malattie, infortuni o sociale riduca le proprie prestazioni per motivi che autorizzano anche Sympany a ridurre le prestazioni, Sympany non rimborsa la perdita dovuta alla riduzione.

26 Pagamento delle prestazioni

26.1 Moneta valida

Il pagamento delle prestazioni di Sympany avviene esclusivamente in franchi svizzeri.

26.2 Coordinate di pagamento

Sympany versa le prestazioni all'assicurato sul conto postale o bancario da questi comunicato. Qualora l'assicurato ometta detta comunicazione, Sympany può addebitare un forfait per le spese per ogni conteggio delle prestazioni.

27 Franchigia ordinaria

Per gli assicurati adulti, la franchigia annuale è riscossa con un importo fisso per anno civile.

28 Franchigia a scelta

28.1 Sconti sui premi per franchigie a scelta

La scelta di una franchigia superiore può comportare la riduzione del premio.

28.2 Cerchia di assicurati

Ogni assicurato può optare per la stipula di un'assicurazione con franchigia a scelta.

28.3 Stipula di franchigie a scelta

La scelta di una franchigia superiore può avvenire solo all'inizio dell'anno civile.

28.4 Cambiamento delle franchigie a scelta

Il passaggio a una franchigia inferiore è possibile alla fine dell'anno civile nel rispetto di un termine di preavviso di tre mesi.

28.5 Franchigie a scelta in caso di adesione in corso d'anno

In caso di adesione in corso d'anno, la franchigia a scelta è riscossa pro rata temporis.

29 Premi

29.1 Tariffa dei premi

I premi sono stabiliti in un tariffario dei premi.

29.2 Differenze locali

I premi possono variare in base alle differenze di spesa locali.

30 Riduzione dei premi

I premi ridotti valgono per:

- a bambini e giovani fino ai 18 anni compiuti,
- b adulti fino ai 25 anni compiuti,
- c sospensione della copertura infortuni,
- d assicurati che stipulano una franchigia a scelta,
- e assicurati che stipulano una forma assicurativa alternativa.

31 Pagamento del premio

I premi sono pagabili anticipatamente. Il periodo di pagamento più breve è il mese civile. I premi devono essere versati senza interruzione, dunque anche in caso di malattia, infortunio, incapacità lavorativa o sospensione del diritto alla pretesa. In caso di risoluzione dell'assicurazione nel corso del mese civile vengono rimborsati i contributi per i giorni di cui non si è usufruito.

32 Compensazione dei premi incassati in eccesso

Nei Cantoni in cui gli incassi dei premi sono notevolmente superiori alle spese cumulate, Sympany ha la facoltà di concedere una compensazione dei premi per l'anno successivo.

33 Tasse

33.1 Tasse di diffida e incasso

In caso di mora, Sympany può addebitare 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.

33.2 Pagamento rateale

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

34 Obbligo di segretezza

I collaboratori di Sympany sono soggetti all'obbligo di segretezza a norma di legge.

35 Contenzioso

35.1 Decisione

Nel caso in cui un assicurato non concordi con una decisione di Sympany, entro 30 giorni Sympany emette su richiesta una decisione motivata per iscritto con indicazione dei rimedi giuridici.

35.2 Opposizione

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

35.3 Procedimento di ricorso

Contro la decisione su opposizione di Sympany 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 vanti 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 domiciliato l'assicurato o il ricorrente. Si può ricorrere al Tribunale delle assicurazioni anche nel caso in cui Sympany non presenti alcuna decisione o 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 a Città.

36 Passaggio in giudicato

In caso di scadenza inutilizzata del termine di ricorso, la decisione o la decisione su opposizione di Sympany 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).

37 Protezione giuridica

In caso di controversie sugli onorari tra la persona assicurata e i fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal, Sympany può, su richiesta della persona assicurata e a spese di Sympany, rappresentare la persona assicurata dinanzi ai tribunali competenti, a condizione che l'azione legale non appaia inutile.

38 Protezione dei dati

Il trattamento dei dati delle persone assicurate è disciplinato in particolare ai sensi delle disposizioni della Legge federale sulla protezione dei dati del 19 giugno 1992, dall'art. 33 della Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1) e dagli articoli 84, 84a e 84b della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10). Nei rapporti assicurativi internazionali, il trattamento dei dati è disciplinato dalle disposizioni applicabili (ad es. RGPD [UE] 2016/679 del 27 aprile 2016).

I dati raccolti relativi alla persona assicurata servono allo scopo di elaborare il contratto di assicurazione (ad es. elaborazione delle prestazioni, incasso o gestione dei documenti). Vengono raccolti solo i dati che servono a questo scopo.

39 Entrata in vigore

Le presenti Condizioni generali d'assicurazione entrano in vigore il 1° gennaio 2020 e sostituiscono ogni precedente regolamento e disposizione concernente l'assicurazione obbligatoria di legge per le cure medico-sanitarie.

