

Edizione 1° gennaio 2021

Condizioni d'assicurazione (CA) BASIS – l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994

Indice

1 Introduzione

- 1 Su quali basi legali poggia la presente assicurazione?
- 2 Chi è assicurato?
- 3 Quali condizioni valgono per le comunicazioni e i pagamenti?
- 4 Quando sono dovute le prestazioni?
- 5 Quali condizioni valgono per i premi e la partecipazione ai costi?
- 6 Come ci si deve comportare in caso di malattia o di infortunio?
- 7 Le forme particolari d'assicurazione sono disciplinate da condizioni speciali?
- 8 Quali diritti e obblighi devono essere osservati in relazione alla tessera d'assicurato?
- 9 Cosa succede in caso di controversie?
- 10 Quando entrano in vigore le presenti CA?

Introduzione

Tutti i termini riferiti a persone usati nel testo sono intesi per ambo i sessi.
Il soggetto giuridico indicato nella polizza corrisponde le prestazioni assicurative ed è denominato assicuratore.

1 Su quali basi legali poggia la presente assicurazione?

- 1.1 Per l'esercizio della presente assicurazione sono determinanti 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 sue disposizioni d'applicazione.
- 1.2 Le presenti condizioni d'assicurazione (CA) contengono solo le disposizioni applicate a complemento delle basi legali indicate al paragrafo 1.1.

2 Chi è assicurato?

Sono assicurate le persone riportate nella polizza assicurativa.

3 Quali condizioni valgono per le comunicazioni e i pagamenti?

- 3.1 Le comunicazioni dirette all'assicuratore devono essere inviate all'indirizzo indicato nella polizza. Le comunicazioni e i pagamenti da parte dell'assicuratore sono effettuati con validità giuridica all'ultimo indirizzo e indirizzo di pagamento segnalati dalla persona assicurata.
- 3.2 Un eventuale cambiamento d'indirizzo va tempestivamente notificato per iscritto all'assicuratore. Se un cambiamento di domicilio comporta un cambiamento di premio, l'assicuratore adegua il premio a partire dal primo del mese successivo.
- 3.3 La persona assicurata ha diverse possibilità di pagare i propri premi e partecipazioni ai costi senza spese. L'assicuratore può addebitare alla persona assicurata le spese risultanti dai pagamenti effettuati allo sportello postale.
- 3.4 I pagamenti effettuati su un conto postale o bancario in Svizzera non sono soggetti a spese. Per i bonifici su conti all'estero può essere trattenuta una commissione di CHF 3.–. In assenza di un conto corrente bancario o postale, i pagamenti vengono effettuati tramite polizza di pagamento (PPR) e i costi relativi vengono detratti dal credito.
- 3.5 Ulteriori informazioni e comunicazioni vincolanti, come ad esempio sulle modifiche delle presenti condizioni d'assicurazione, sono pubblicate nel sito Internet dell'assicuratore e nell'allegato annuale alla polizza.

4 Quando sono dovute le prestazioni?

Il diritto a prestazioni sorge al momento del trattamento.

5 Quali condizioni valgono per i premi e la partecipazione ai costi?

- 5.1 Se il rapporto assicurativo inizia o termina nel corso di un mese civile, i premi vengono riscossi esattamente in base al giorno.
- 5.2 Di regola, i premi sono riscossi a scadenza mensile, devono essere pagati in anticipo e scadono il primo giorno di ogni mese. Qualora fossero stati convenuti altri periodi di pagamento, i premi scadono il primo giorno del relativo periodo.
- 5.3 Se è in ritardo con il pagamento del premio, la persona assicurata viene avvertita con un sollecito in merito alle conseguenze del mancato pagamento, con l'imposizione di un ulteriore termine per il pagamento del premio in arretrato. Se il pagamento non avviene entro il termine ulteriore concesso, il premio in arretrato è riscosso in via esecutiva.
- 5.4 In caso di pagamenti diretti dell'assicuratore ai fornitori di prestazioni, la persona assicurata è tenuta a rimborsare all'assicuratore le franchigie annue convenute e/o le aliquote percentuali entro 30 giorni dalla fatturazione. Se la persona assicurata non adempie al proprio obbligo di pagamento, vale per analogia il paragrafo 5.3.
- 5.5 Le spese, quali ad esempio le spese di sollecito e di riscossione, derivanti da premi e partecipazioni ai costi in arretrato vanno a carico della persona assicurata.
- 5.6 Per gli accordi di pagamento rateale in caso di pagamenti in arretrato viene riscossa una tassa. L'ammontare della tassa dipende dal credito rivendicato nonché dal termine di rimborso concordato.

6 Come ci si deve comportare in caso di malattia o di infortunio?

La persona assicurata deve attenersi alle prescrizioni dei medici e intraprendere tutto quello che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto quello che la ritarda.

7 Le forme particolari d'assicurazione sono disciplinate da condizioni speciali?

- 7.1 Franchigie annue opzionali
Se scelgono franchigie annue più elevate, le persone assicurate hanno diritto a riduzioni dei premi. I dettagli sono disciplinati nelle relative disposizioni federali e sono pubblicati nel sito Internet dell'assicuratore e nell'allegato annuale alla polizza.
- 7.2 Assicurazione con bonus
L'assicurazione con bonus può essere sottoscritta da tutte le persone assicurate. I dettagli sono disciplinati nelle relative disposizioni federali.
- 7.3 Assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni
L'assicuratore offre varianti assicurative che prevedono una scelta limitata dei fornitori di prestazioni. I dettagli di tali forme d'assicurazione sono disciplinati in speciali condizioni d'assicurazione.

8 Quali diritti e obblighi devono essere osservati in relazione alla tessera d'assicurato?

- 8.1 Le persone assicurate ricevono una tessera d'assicurato, con la quale si identificano presso i fornitori di prestazioni. A condizione che sussistano contratti in tal senso, essa le autorizza inoltre a fruire di varie prestazioni, ad esempio ad acquistare senza contanti nelle farmacie i medicinali prescritti da un medico.
- 8.2 La tessera d'assicurato è valida per la durata della copertura assicurativa. Essa non può essere né prestata né trasferita né resa accessibile a terzi. Se la tessera d'assicurato viene smarrita o, per qualsiasi motivo, non è più in possesso della persona assicurata, l'assicuratore ne deve essere immediatamente informato. La persona assicurata deve distruggere la tessera d'assicurato non appena la copertura assicurativa si estingue.
- 8.3 In caso di abuso della tessera d'assicurato, la persona alla quale essa è intestata è ritenuta responsabile per i danni cagionati all'assicuratore. Segnatamente, devono essere rimborsate all'assicuratore le prestazioni assicurative indebitamente rimosse e devono essere sostenute le spese risultanti. Resta salvo il comportamento non colpevole.

9 Cosa succede in caso di controversie?

Se una persona assicurata non è d'accordo con una disposizione dell'assicuratore, può richiedere l'emissione di una decisione scritta. Tale decisione contiene un'indicazione dei rimedi giuridici.

10 Quando entrano in vigore le presenti CA?

Le presenti condizioni d'assicurazione entrano in vigore il 1° gennaio 2021. Esse sostituiscono le CA, edizione 1° luglio 2016.