Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e d'indennità giornaliera

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) secondo la LAMal

Edizione 2024, valida dal 01.01.2024

SWICA

Osservazioni

Le presenti Condizioni generali d'assicurazione si applicano a
SWICA Assicurazione malattia SA,
Römerstrasse 37, 8400 Winterthur.

Per ragioni di leggibilità si rinuncia al duplice utilizzo della forma maschile e femminile.

Sommario

I. In generale **4**
Art. 1 Aspetti fondamentali 4
Art. 2 Ambito delle prestazioni 4
Art. 3 Basi legali 4
Art. 4 Assicuratore 4
Art. 5 Appartenenza all'associazione 4

II. Forme d'assicurazione **4**
Art. 6 In generale 4

III. Rapporto d'assicurazione **4**
Art. 7 Persone assicurate 4
Art. 8 Condizioni d'ammissione 4
Art. 9 Effetti giuridici della firma sul modulo di proposta 5
Art. 10 Inizio dell'assicurazione 5
Art. 11 Passaggio a forme assicurative particolari 5
Art. 12 Trasferimento di domicilio 5
Art. 13 Sospensione della copertura del rischio d'infortunio 5
Art. 14 Sospensione dell'assicurazione 5
Art. 15 Fine dell'assicurazione 6
Art. 16 Cambiamento di assicuratore 6

IV. Prestazioni **6**
Art. 17 Prestazioni assicurate 6
Art. 18 Sussidiarietà 7

V. Premi e partecipazioni ai costi **7**
Art. 19 Premi 7
Art. 20 Partecipazione ai costi/ Rimborso delle prestazioni 7
Art. 21 Ritardo nei pagamenti e spese bancarie/ postali 8

VI. Diritti e doveri **8**
Art. 22 Obbligo di notificare, informare e collaborare 8
Art. 23 Obbligo di contribuire alla riduzione del danno 9
Art. 24 Coordinate per i pagamenti 9
Art. 25 Restituzione 9
Art. 26 Costituzione in pegno e cessione 9
Art. 27 Tessera d'assicurato 9

VII. Protezione dei dati **10**
Art. 28 Trattamento dei dati presso SWICA 10

VIII. Contenzioso **11**
Art. 29 Contenzioso 11

IX. Disposizioni varie **11**
Art. 30 Comunicazioni e forma scritta 11
Art. 31 Servizi digitali 11
Art. 32 Interpretazione 11
Art. 33 Entrata in vigore 11

Glossario **12**

Condizioni generali d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione d'indennità giornaliera

I. In generale

Art. 1 Aspetti fondamentali

1. Le CGA ed eventuali Condizioni complementari non sono esaustive e sono a complemento delle disposizioni di legge.
2. Esse si applicano per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal.

Art. 2 Ambito delle prestazioni

L'assicurazione delle cure medico-sanitarie, sulla base delle disposizioni della legge federale, copre i costi per diagnosi o trattamenti di malattie e maternità, come pure di infortuni a condizione che la copertura degli infortuni non sia stata sospesa. Sono rimborsate le prestazioni stabilite dalla legge secondo la LAMal.

L'assicurazione d'indennità giornaliera copre la perdita di guadagno secondo le disposizioni della legge federale come pure le Condizioni complementari.

Art. 3 Basi legali

Le basi legali dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione d'indennità giornaliera sono la LAMal, la LPGA così come le loro ordinanze d'applicazione, le CGA ed eventuali Condizioni complementari.

Art. 4 Assicuratore

L'ente assicurativo è, se non indicato diversamente nelle Condizioni complementari, SWICA Assicurazione malattia SA, Römerstrasse 37, 8400 Winterthur, in seguito indicato come «assicuratore».

Art. 5 Appartenenza all'associazione

Chi è assicurato presso l'assicuratore in base all'assicurazione malattia sociale è pure membro dell'Organizzazione sanitaria SWICA. La qualità di membro si estingue con la fine dell'assicurazione o sulla base di una domanda di annullamento della qualità di membro della persona assicurata.

II. Forme d'assicurazione

Art. 6 In generale

1. L'assicuratore offre l'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria e forme particolari d'assicurazione. Sono considerate forme particolari d'assicurazione le assicurazioni con una scelta limitata del fornitore di prestazioni e le assicurazioni con franchigia annua opzionale.
2. Per l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal esistono condizioni particolari d'assicurazione.
3. Le franchigie opzionali si basano sulle disposizioni OAMal.
4. Per le assicurazioni con una scelta limitata del fornitore di prestazioni esistono specifiche Condizioni complementari.
5. Disposizioni in deroga contenute nelle Condizioni complementari prevalgono sulle CGA.

III. Rapporto d'assicurazione

Art. 7 Persone assicurate

La cerchia delle persone sottoposte all'obbligatorietà d'assicurarsi è definita da disposizioni di legge; risultano assicurate le persone indicate sulla polizza d'assicurazione.

Art. 8 Condizioni d'ammissione

1. L'adesione deve essere dichiarata per scritto. Per una persona incapace di agire, la dichiarazione deve essere firmata dal suo rappresentante legale. Alle domande poste si deve rispondere in modo completo e veritiero. Tutti i documenti necessari per l'ammissione nell'assicurazione devono essere sottoposti all'assicuratore.
2. L'ammissione nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie è possibile solo se non esiste già contemporaneamente altrove un'assicurazione simile.

Art. 9 Effetti giuridici della firma sul modulo di proposta

Firmando la proposta d'adesione, la persona assicurata riconosce le presenti CGA e le Condizioni complementari dell'assicuratore.

Art. 10 Inizio dell'assicurazione

1. L'inizio dell'assicurazione è regolato dalle disposizioni di legge. L'adesione tempestiva avviene entro tre mesi dalla nascita o dall'inizio del domicilio in Svizzera. A tale scopo, entro questo termine, deve essere presentata all'assicuratore una proposta scritta d'assicurazione. In questo caso l'assicurazione inizia dalla nascita o dalla data del domicilio in Svizzera.
2. L'assicuratore invia alla persona assicurata una polizza assicurativa dalla quale si rileva la data d'inizio dell'assicurazione.
3. Nel caso di adesione tardiva, la copertura assicurativa inizia al momento dell'adesione, ciò significa che l'assicurazione inizia al più presto il giorno in cui l'assicuratore ha ricevuto la proposta d'assicurazione. In questo caso le prestazioni assicurative saranno accordate solo dall'adesione. In caso di ritardo non giustificato, l'assicuratore incasserà un supplemento di premio secondo le disposizioni di legge.
4. I premi devono essere pagati dall'inizio dell'assicurazione. Se la copertura assicurativa inizia nel corso di un mese, i premi saranno calcolati pro rata in base ai giorni d'assicurazione.

Art. 11 Passaggio a forme assicurative particolari

1. Il passaggio dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria ad un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni, presso lo stesso assicuratore, può avvenire in ogni momento per il primo giorno del mese successivo.
2. Il passaggio da una forma assicurativa particolare ad un'altra forma assicurativa particolare, presso lo stesso assicuratore, è possibile solo rispettando un termine di disdetta di un mese per la fine di un anno civile.
3. La scelta di una franchigia annua superiore può avvenire solo per l'inizio di un anno civile.
4. Il passaggio a una franchigia annua inferiore è possibile solo rispettando un termine di disdetta di un mese per la fine di un anno civile.

Art. 12 Trasferimento di domicilio

1. I cambiamenti d'indirizzo e il trasferimento del domicilio civile (cambiamento di domicilio) devono essere comunicati all'assicuratore entro 30 giorni. Si è anche tenuti a comunicare il trasferimento di domicilio se la persona assicurata si trasferisce a vivere durevolmente in una casa di cura o in un istituto (ad es. terapeutico). Gli svantaggi derivanti dalla violazione dell'obbligo di notifica sono a carico della persona assicurata.
2. Se un trasferimento di domicilio comporta un cambiamento di premio, il nuovo premio entra in vigore con il mese immediatamente successivo alla data del trasferimento di domicilio. Se manca tale data, l'assicuratore adegua il premio al primo del mese in cui ha ricevuto l'avviso di cambiamento d'indirizzo.
3. Le conseguenze delle notifiche mancate o tardive sono spiegate nell'articolo 22.
4. Un adeguamento di premio a seguito del trasferimento di domicilio non autorizza a cambiare assicuratore. Se la forma assicurativa particolare in conformità alla polizza assicurativa precedente non è più disponibile nel nuovo luogo di domicilio, l'assicurato deve passare a un altro modello d'assicurazione proposto dall'assicuratore nel nuovo luogo di domicilio.

Art. 13 Sospensione della copertura del rischio d'infortunio

1. Una persona assicurata, che dispone di un'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF, può chiedere la sospensione della copertura del rischio d'infortunio. L'assicuratore procede alla sospensione su domanda della persona assicurata che deve dimostrare di essere completamente assicurata secondo la LAINF (copertura contro gli infortuni professionali e non professionali). Il premio sarà ridotto di conseguenza. La sospensione della copertura del rischio d'infortunio avviene su domanda della persona assicurata e inizia al più presto il giorno seguente alla ricezione della domanda e non può essere retroattiva. In caso di inizio durante il mese, il premio sarà calcolato pro rata in base ai giorni d'assicurazione.
2. Gli infortuni sono assicurati secondo la LAMal, non appena la copertura secondo la LAINF si estingue, totalmente o parzialmente.
3. Se cessa la copertura obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF, la persona assicurata deve comunicarlo all'assicuratore, entro 30 giorni. Dopo l'estinzione della copertura assicurativa ai sensi della LAINF, viene ripristinata la copertura del rischio d'infortunio nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'obbligo di pagare il premio sussiste a partire dal primo giorno successivo all'estinzione della copertura LAINF.

Art. 14 Sospensione dell'assicurazione

1. Le persone che sono sottoposte all'assicurazione militare per un periodo superiore a 60 giorni consecutivi sono esonerate dall'obbligo del pagamento dei premi dall'inizio della copertura dell'assicurazione militare, se ciò viene comunicato all'assicuratore almeno otto settimane prima dell'inizio di tale copertura. Se tale termine non viene osservato, l'assicuratore non preleva più il premio a partire dal primo termine possibile, al più tardi però otto settimane dopo la comunicazione.
2. L'assicurazione d'indennità giornaliera non può essere sospesa.

Art. 15 Fine dell'assicurazione

1. L'assicurazione si estingue con:

   - il passaggio ad un'altra compagnia d'assicurazione
   - il decesso della persona assicurata
   - il trasferimento all'estero, purché venga dimostrato il nuovo domicilio all'estero, con riserva dell'eventuale obbligo d'assicurazione secondo gli accordi bilaterali con l'UE/AELS
   - il trasferimento del domicilio civile fuori dal campo d'attività dell'assicuratore
   - il termine dell'obbligo legale di assicurazione

2. Il termine del rapporto assicurativo deve essere comunicato dalla persona assicurata (rispettivamente dai suoi eredi) per scritto.

Art. 16 Cambiamento di assicuratore

1. La persona assicurata, tramite comunicazione scritta, osservando un preavviso di tre mesi, può passare dall'assicuratore ad un'altra compagnia d'assicurazione per il 30 giugno e il 31 dicembre o, nel caso di forme particolari d'assicurazione, per il 31 dicembre.
2. Nel caso di comunicazione di nuovi premi, la persona assicurata può cambiare compagnia d'assicurazione rispettando un termine di disdetta di un mese, per la fine del mese precedente la data in cui inizia ad essere valido il nuovo premio.
3. La disdetta o il cambiamento di assicuratore sono validi solo se comunicati in forma scritta e osservando i termini di disdetta prescritti. La disdetta è considerata tempestiva se giunge all'assicuratore l'ultimo giorno lavorativo prima della scadenza del termine previsto, entro le 17, presso la ricezione dell'assicuratore (la data del timbro postale non fa stato).
4. Il cambiamento diviene efficace solo quando l'assicuratore riceve la conferma da parte della nuova compagnia d'assicurazione che la copertura assicurativa continua.
5. La disdetta non è efficace se ci sono premi, partecipazioni ai costi, interessi di ritardo e costi d'esecuzione non completamente pagati entro la scadenza della disdetta.
6. Il rapporto assicurativo termina con la comunicazione scritta da parte dell'assicuratore.
7. Dopo la fine dell'assicurazione gli eventuali diritti alle prestazioni si estinguono cinque anni dopo la fine del mese per il quale la prestazione era dovuta.
8. La persona assicurata è tenuta al pagamento dei premi, delle partecipazioni ai costi e delle spese dovute fino alla fine dell'assicurazione.
9. Nel caso di entrata durante l'anno, sono computate la franchigia e le partecipazioni ai costi già pagate durante l'anno. La persona assicurata presenta, a questo proposito, i relativi giustificativi dell'assicuratore precedente.

IV. Prestazioni

Art. 17 Prestazioni assicurate

1. L'assicuratore assume, sulla base delle presenti CGA, le prestazioni assicurative prescritte dalla legge. Per gli infortuni vengono assunte le stesse prestazioni come per malattia.
2. Il diritto a prestazioni sussiste dall'inizio dell'assicurazione, per tutta la durata della stessa. Per costi che subentrano dopo il termine dell'assicurazione (anche nell'ambito di un sinistro in corso), non sussiste alcun diritto a prestazioni. Fa stato la data del trattamento o la data in cui si fa ricorso alla prestazione assicurata.
3. L'assicurato che rivendica il diritto a prestazioni deve presentare all'assicuratore le fatture dettagliate, le domande di garanzia di assunzione dei costi e, per l'indennità giornaliera, l'attestato di inabilità lavorativa entro al massimo cinque anni dalla data della fattura. Dopo tale termine si estingue ogni diritto a prestazioni (Estinzione del diritto secondo l'articolo 24 LPGA). Fatture e documentazione, di principio, devono essere presentate in lingua italiana, francese, tedesca o inglese. Per fatture e documenti in altre lingue si deve allegare una traduzione in una delle lingue citate in precedenza, effettuata da un ufficio di traduzioni ufficiale.
4. L'assicuratore assume i costi per prestazioni efficaci, appropriate ed economiche. Sono considerate economiche le prestazioni che si limitano all'interesse della persona assicurata e che sono necessarie a scopo di trattamento.
5. L'assicuratore rimborsa le prestazioni di fornitori di prestazioni riconosciuti secondo la LAMal.
6. La persona assicurata, per le cure ambulatoriali, può scegliere liberamente tra i fornitori di prestazioni riconosciuti. L'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa valida nel luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata o dei dintorni.
7. I medicamenti sono rimborsati se sono stati prescritti da un medico o un chiropratico e se sono contenuti nell'elenco delle specialità (ES) o nell'elenco dei medicamenti con tariffa (EMT). I medicamenti prescritti devono corrispondere alle indicazioni autorizzate ed essere utilizzati nell'ambito della limitazione prevista.
8. Nel caso di trattamenti stazionari, l'assicurato può scegliere tra gli ospedali indicati sull'elenco degli ospedali di un cantone. I costi sono assunti però al massimo secondo la tariffa del cantone di domicilio.

9. Se la persona assicurata si rivolge per motivi medici a un fornitore di prestazioni per trattamenti ambulatoriali o stazionari, saranno assunti i costi in base alla tariffa di questo fornitore di prestazioni.
10. Nel caso di un soggiorno temporaneo all'estero della persona assicurata, l'assicuratore assume di principio solo i costi per trattamenti ambulatoriali intervenuti per un caso d'emergenza.
11. Non sono accordate prestazioni in particolare (alla cifra 6 le prestazioni sono accordate, ma rinviate):

    1. per fornitori di prestazioni non riconosciuti,
    2. per esami e trattamenti non efficaci, non appropriati e non economici,
    3. in mancanza di una fattura dettagliata,
    4. in caso di rifiuto a sottoporsi ad una visita del medico fiduciario,
    5. per il periodo non assicurato in caso di adesione tardiva,
    6. per il periodo della sospensione dell'assicurazione fino al completo pagamento degli scoperti, nei casi previsti dalla legge.

12. Nel caso di prestazioni ricevute per errore o ingiustamente l'assicuratore può chiedere il rimborso.

Art. 18 Sussidiarietà

1. La persona assicurata è tenuta ad informare l'assicuratore sugli obblighi a prestazioni e su prestazioni percepite da altre compagnie d'assicurazione o da terzi responsabili, qualora l'assicuratore debba fornire prestazioni per lo stesso caso.
2. Se l'assicuratore fornisce alla persona assicurata prestazioni anticipate per un caso assicurativo, per il quale c'è un terzo responsabile, l'assicuratore subentra nelle rivendicazioni della persona assicurata nei confronti di questo terzo al momento dell'evento fino all'ammontare delle prestazioni fornite per legge. L'assicuratore chiede il rimborso di tali prestazioni al terzo responsabile. Ciò non vale per la franchigia e la partecipazione ai costi o altre prestazioni non previste per legge, il cui rimborso deve essere chiesto direttamente dalla persona assicurata al terzo responsabile.

V. Premi e partecipazioni ai costi

Art. 19 Premi

1. I premi sono stabiliti sulla base delle tariffe approvate dall'autorità di vigilanza. I premi sono differenziati per gruppi d'età e per regioni.
2. I premi in vigore, che devono essere pagati almeno con un mese d'anticipo, sono indicati sulla polizza assicurativa. In base ad accordi speciali i premi possono essere pagati bimensilmente, trimestralmente, semestralmente o annualmente.
3. Per il mese d'entrata i premi sono dovuti a partire dall'effettivo inizio dell'assicurazione, pro rata in base al numero effettivo di giorni. Nel mese di uscita dall'assicurazione o del decesso, non deve più essere pagato il premio dopo il giorno dell'uscita o del decesso. Il premio pagato in eccedenza viene rimborsato.
4. L'assicuratore emette la fattura dei premi in franchi svizzeri. I rimborsi sono effettuati in franchi svizzeri. I termini di pagamento corrispondenti sono indicati sulla fattura dei premi. Le relative condizioni sono definite dall'assicuratore.

Art. 20 Partecipazione ai costi/ Rimborso delle prestazioni

La persona assicurata, salvo eccezioni stabilite dalla legge oppure disposizioni divergenti nelle Condizioni complementari di un modello alternativo d'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, partecipa ai costi delle prestazioni rivendicate secondo la LAMal (comprese le prestazioni per infortuni). La partecipazione ai costi si compone di un importo annuo fisso (franchigia) come pure di un'aliquota percentuale. Oltre alla partecipazione ai costi, in caso di degenza in ospedale, nei casi previsti dalla legge, viene prelevato un contributo giornaliero fissato dal Consiglio federale.

1. Gli importi massimi della partecipazione ai costi come pure i livelli delle franchigie e l'importo giornaliero in caso di degenza sono definiti dalle disposizioni di legge.
2. Determinanti per la riscossione della franchigia e della partecipazione ai costi sono la data del trattamento o il momento in cui si richiede la prestazione assicurata.
3. Per gli esami e i trattamenti definiti nelle disposizioni di applicazione, in caso di maternità non sono prelevate partecipazioni ai costi. Inoltre, secondo gli articoli 25 e 25a LAMal, a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza e fino a otto settimane dopo il parto, le donne non devono più partecipare ai costi delle prestazioni mediche generali e delle cure in caso di malattia.

4. L'aliquota percentuale per l'acquisto di medicamenti originali, per i quali esiste un generico, può essere più elevata e superare i limiti di legge.
5. La fattura per le partecipazioni ai costi viene emessa in franchi svizzeri. I termini di pagamento corrispondenti sono indicati sul conteggio delle prestazioni. Le relative condizioni sono definite dall'assicuratore.
6. Le prestazioni pagate dalla persona assicurata sono rimborsate in franchi svizzeri.

Art. 21 Ritardo nei pagamenti e spese bancarie/postali

1. Se la persona assicurata non paga i premi in scadenza e le partecipazioni ai costi nonostante i richiami scritti, l'assicuratore invia un sollecito concedendo un termine supplementare di 30 giorni per il pagamento. Se la persona assicurata, nonostante il sollecito di pagamento degli importi scoperti per premi, partecipazioni ai costi e interessi di mora (5 per cento sui premi scaduti), non paga entro il termine, l'assicuratore avvia una procedura d'incasso. Su richiesta del cantone, l'assicuratore comunica all'ufficio cantonale competente le persone assicurate con in corso una procedura esecutiva.
2. I costi della procedura esecutiva sono a carico dell'assicurato in ritardo con i pagamenti. Inoltre, una tassa per il disbrigo adeguata (spese di sollecito e tasse per l'incasso) può essere applicata per il dispendio lavorativo che non ci sarebbe stato con il pagamento tempestivo.
3. Per accordi di pagamenti rateali può essere applicata una tassa.
4. Le persone assicurate hanno varie possibilità per eseguire senza spese i pagamenti dei loro premi, delle partecipazioni ai costi e di altre fatture. SWICA può addebitare alle persone assicurate le spese che derivano da pagamenti eseguiti agli sportelli bancari e postali oppure in altre ubicazioni fisiche comparabili o anche in caso di pagamenti dall'estero.

VI. Diritti e doveri

Art. 22 Obbligo di notificare, informare e collaborare

1. La persona assicurata deve fornire all'assicuratore tutte le informazioni necessarie per accertare l'obbligo a prestazioni e il diritto alle prestazioni, per far valere il diritto di regresso e per determinare i premi e le prestazioni. Essa prende atto che l'assicuratore è autorizzato, in base a disposizioni di legge, a prendere visione di atti presso altre compagnie d'assicurazione, fornitori di prestazioni, autorità o altri uffici e a trattare tali dati.
   Se una persona assicurata ha consapevolmente ottenuto o tentato di ottenere con indicazioni false, o in altro modo illegale, una prestazione assicurativa, l'assicuratore può addebitarle i costi supplementari dovuti al ricorso a specialisti incaricati di eseguire osservazioni ai fini della lotta contro la corresponsione di prestazioni illecite.
2. Se un altro assicuratore sociale è competente per prestazioni di legge, la persona assicurata è tenuta a darne comunicazione all'assicuratore. Se la persona assicurata rifiuta di fare una notifica, l'assicuratore può fare uso del suo diritto di notifica.
3. La persona assicurata è tenuta a comunicare, entro il termine di un mese, all'unità d'organizzazione dell'assicuratore indicata sulla polizza tutti i cambiamenti della situazione personale che riguardano il rapporto d'assicurazione (ad es. stato civile, cambiamento del rappresentante legale, cambiamento del debitore dei premi, cambiamento di domicilio, cambio di sesso ecc.). Gli svantaggi derivanti dalla violazione dell'obbligo di notifica sono a carico della persona assicurata. Nel caso di notifica tardiva, l'assicuratore può chiedere retroattivamente i premi mancanti. L'assicuratore deve rimborsare gli accrediti dei premi, se gli stessi non possono essere compensati con crediti esistenti nei confronti della persona assicurata. Inoltre l'assicuratore può sospendere a titolo cautelare il versamento delle prestazioni se l'assicurato ha violato l'obbligo di notifica secondo questo paragrafo, se non ha reagito tempestivamente a una richiesta di verifica dell'esistenza in vita o dello stato civile oppure se c'è il sospetto fondato che riceva le prestazioni indebitamente.
4. Se la persona assicurata sposta il suo domicilio al di fuori del territorio d'attività dell'assicuratore (in Svizzera o all'estero), questo deve essere comunicato all'assicuratore entro 20 giorni. Se la persona assicurata tralascia questa notifica per colpa propria, l'assicurazione cessa secondo quanto prescritto dalla LAMal.

Art. 23 Obbligo di contribuire alla riduzione del danno

1. In caso di malattia, maternità o d'infortunio, la persona assicurata deve intraprendere tutto ciò che favorisce la guarigione ed astenersi da tutto ciò che potrebbe ritardarla. Nell'ambito del trattamento, la persona assicurata è tenuta ad osservare le prescrizioni del fornitore di prestazioni riconosciuto che la cura. Essa non può indurre il fornitore di prestazioni ad effettuare trattamenti, esami o accertamenti inutili e non economici. Se la persona assicurata mette in pericolo la sua guarigione o rifiuta di collaborare con l'assicuratore, le prestazioni possono essere ridotte o negate.
2. L'assicuratore può chiedere che la persona assicurata si faccia visitare, a spese dell'assicuratore, dal suo medico fiduciario o da un altro medico indicato dall'assicuratore.

Art. 24 Coordinate per i pagamenti

1. La persona assicurata comunica all'assicuratore le sue coordinate per i pagamenti in Svizzera (conto bancario o postale) per un rimborso senza contanti. I pagamenti effettuati su tale conto sono considerati eseguiti. Se non vengono indicate delle coordinate per i pagamenti, l'assicuratore effettua i pagamenti all'ultimo indirizzo conosciuto della persona assicurata, considerandoli eseguiti. In questo caso l'assicuratore è autorizzato ad applicare una tassa sui costi per ogni pagamento. I clienti con domicilio fuori dalla Svizzera possono indicare un conto in una banca del loro paese di domicilio.
2. I pagamenti da parte dell'assicuratore sono sempre effettuati in franchi svizzeri. Nel caso di un conto presso un istituto finanziario domiciliato all'estero, tutte le spese e tasse della banca estera sono a carico della persona assicurata. Lo stesso vale per i pagamenti da parte della persona assicurata con domicilio all'estero all'assicuratore, effettuati da un conto di un istituto finanziario domiciliato all'estero.

Art. 25 Restituzione

Le prestazioni ricevute ingiustamente o altri vantaggi finanziari (quali rimborso di premi/riduzione dei premi) devono essere restituite dalla persona assicurata all'assicuratore, indipendentemente dal fatto che siano state versate direttamente alla persona assicurata o a un terzo (ad es. medico o ospedale). Il diritto di esigere la restituzione si estingue tre anni dopo che l'istituto d'assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione.

Art. 26 Costituzione in pegno e cessione

La persona assicurata non può cedere a terzi, né costituire in pegno i suoi crediti verso l'assicuratore. Ogni cessione o pegno è nullo. Sono riservate le eccezioni di legge.

Art. 27 Tessera d'assicurato

1. La persona assicurata riceve da SWICA una tessera d'assicurato. Questa tessera certifica, nei confronti dei fornitori di prestazioni, le assicurazioni stipulate. Se sono stati stipulati i relativi contratti, essa dà inoltre il diritto a percepire prestazioni come, ad esempio, il ritiro senza contanti nelle farmacie dei medicamenti prescritti dal medico e omologati. La tessera d'assicurato è allestita sulla base delle disposizioni di legge della LAMal e contiene inoltre indicazioni, secondo le norme UE, quale attestato di copertura assicurativa valida durante un soggiorno su territorio UE. Presentando la tessera d'assicurato, nel caso di trattamenti necessari dal profilo medico in uno stato dell'area UE/AELS i fornitori di prestazioni pubblici possono fatturare direttamente all'assicuratore. Se viene stipulata un'assicurazione secondo la LCA, la tessera d'assicurato può contenere anche indicazioni sull'estensione dell'assicurazione, comprese le assicurazioni complementari.
2. Presentare la tessera d'assicurato negli ospedali svizzeri non ha un valore vincolante quale garanzia di assunzione dei costi.
3. La tessera d'assicurato ha validità per tutta la durata della copertura assicurativa. Non può essere prestata o trasferita e neppure ess ere resa accessibile a terzi. In caso di perdita o se viene rubata, si deve avvisare immediatamente l'assicuratore. Se termina la copertura assicurativa, la persona assicurata deve distruggere subito la tessera d'assicurato.
4. Se la tessera d'assicurato viene utilizzata intenzionalmente in modo improprio dalla persona assicurata, questa risponde nei confronti dell'assicuratore per i danni causati. In particolare le prestazioni assicurative ottenute ingiustamente devono essere restituite all'assicuratore e si devono pagare i relativi oneri.

VII. Protezione dei dati

Art. 28 Trattamento dei dati presso SWICA

1. SWICA raccoglie e impiega i dati personali degli assicurati in conformità della vigente legge sulla protezione dei dati e delle sue disposizioni d'applicazione, delle leggi vigenti sulle assicurazioni sociali e secondo le disposizioni di SWICA sulla protezione dei dati, che si possono consultare sotto **swica.ch/protezione-dei-dati**. La dichiarazione di protezione dei dati ha un valore puramente dichiarativo e non è parte integrante del contratto. Essa trova applicazione per tutta la durata del rapporto contrattuale tra SWICA e la persona assicurata.
2. Vengono trattati in particolare i dati di base e quelli contrattuali (come, ad esempio, nome, cognome, indirizzo, numero postale di avviamento, data di nascita, indirizzo e-mail, numero di telefono [mobile e di rete fissa], relazioni bancarie, stato civile, numero di figli, dati di eventuali mandatari, dati finanziari sul reddito), dati sulla salute (diagnosi, sintomi, medicazioni, operazioni eseguite ecc.), dati sulle cure mediche e sui percorsi terapeutici, sui costi delle prestazioni, dati sull'ambito personale e sociale o anche sui profili della personalità, dati di altri assicuratori, dati dei fornitori di prestazioni oppure dati relativi a questioni di diritto esecutivo e fallimentare.
3. SWICA tratta i dati in particolare nell'ambito dell'ammissione nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (colloquio consulenziale, domanda d'ammissione ecc.) e per l'esecuzione del contratto d'assicurazione (disbrigo delle prestazioni, comunicazione di informazioni, assistenza ai clienti, customer journey, cure integrate, presentazione di offerte di prodotti, marketing [se c'è il consenso] ecc.). A fini statistici SWICA analizza inoltre i dati personali tramite metodi matematici e automatizzati (profiling [se c'è il consenso]). In base alle conoscenze acquisite, SWICA può migliorare la qualità e l'utilità di prestazioni di servizio e prodotti per la clientela esistente, passata e potenziale e informare in merito le persone assicurate.
4. Le categorie di dati citate sotto la cifra 2 possono essere trattate nell'ambito delle cure integrate e della consulenza sanitaria individuale, quale parte del controllo delle prestazioni secondo i criteri dell'economicità, dell'appropriatezza e dell'efficacia. In tale contesto SWICA considererà i dati sanitari in suo possesso e consiglierà gli assicurati di conseguenza. Le cure mediche integrate e la consulenza sanitaria individuale significano che SWICA consiglia e informa di fatto la persona assicurata in merito al percorso terapeutico, ai programmi di cura utili nel suo caso e ai fornitori di prestazioni idonei o le fornisce anche informazioni in merito al miglioramento della situazione sanitaria e personale (ad esempio le indicazioni relative a eventuali intolleranze). Se la persona assicurata lo desidera e acconsente alla comunicazione dei dati a santé24, la consulenza può avere luogo anche tramite il servizio di telemedicina santé24.
   Dalla dichiarazione attuale di protezione dei dati si rileva inoltre quali altri dati vengono trattati. I dati personali vengono trattati in particolare a fini per i quali SWICA è legalmente autorizzata e che servono all'adempimento di doveri legali e regolamentari oppure alla tutela di interessi legittimi. Inoltre SWICA tratta dati a fini per i quali la persona assicurata ha dato il suo consenso nell'ambito dell'ammissione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal.
5. Rispettando le disposizioni vigenti di protezione dei dati e nella misura in cui è necessario per gli scopi citati, SWICA può trasmettere dati personali a terzi (altri assicuratori coinvolti, medici di fiducia, autorità, avvocati e specialisti esterni, centri di calcolo, prestatori di servizi ecc.) in Svizzera e all'estero. La trasmissione di dati può anche avere luogo a scopo di coordinamento delle prestazioni con fornitori di prestazioni esteri, nel procedimento di regresso oppure per svelare o impedire frodi assicurative.
   Inoltre, i dati riferiti alle persone possono essere trasmessi nell'ambito di un outsourcing (ad esempio prestazioni di servizio IT) a terzi incaricati in Svizzera e all'estero. SWICA obbliga contrattualmente i terzi al rispetto della riservatezza e della segretezza e all'osservanza della legge sulla protezione dei dati.
6. La dichiarazione di protezione dei dati di SWICA contiene ulteriori informazioni sul trattamento dei dati. La dichiarazione di protezione dei dati trova applicazione per l'intera durata del rapporto contrattuale tra SWICA e la persona assicurata. La dichiarazione di protezione dei dati è parte integrante del rapporto d'assicurazione e dà in particolare ulteriori informazioni sulle categorie di dati che vengono trattati, sui procedimenti di trattamento dei dati, sui loro scopi e sulle relative basi del trattamento, sui diritti degli assicurati in merito al trattamento dei dati da parte di SWICA, come pure sulla durata di tale trattamento e sui termini di conservazione dei dati.

VIII. Contenzioso

Art. 29 Contenzioso

1. Se la persona assicurata non è d'accordo con una decisione dell'assicuratore, può chiedere all'assicuratore di rilasciare entro 30 giorni una decisione scritta e motivata con l'indicazione dei mezzi d'impugnazione.
2. Contro la decisione dell'assicuratore può essere inoltrata un'opposizione scritta, entro 30 giorno dalla notifica, alla direzione generale dell'assicuratore. L'opposizione deve essere motivata.
3. Contro la decisione su opposizione dell'assicuratore, entro 30 giorni dalla notifica, può essere interposto ricorso di diritto amministrativo presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni. Anche se l'assicuratore non emana nessuna decisione o decisione passibile di ricorso, si può fare ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni.
4. Contro le decisioni del Tribunale delle assicurazioni, secondo la legge sul tribunale federale, è data possibilità di ricorrere entro 30 giorni al Tribunale federale.
5. La decisione o la decisione su opposizione acquista forza di cosa giudicata se il termine concesso per l'uso dei relativi rimedi trascorre inutilizzato oppure in presenza di una sentenza passata in giudicato.
6. Nella sua decisione formale o nella sua decisione su opposizione, l'assicuratore può privare l'opposizione stessa dell'effetto sospensivo, anche quando la decisione formale, o la decisione su opposizione, ha per oggetto una prestazione in denaro. Fanno eccezione le decisioni formali e le decisioni su opposizione relative al rimborso di prestazioni percepite illecitamente.

IX. Disposizioni varie

Art. 30 Comunicazioni e forma scritta

1. Tutte le comunicazioni e rivendicazioni da parte della persona assicurata devono essere inoltrate all'assicuratore in forma scritta (con firma giuridicamente valida della persona assicurata o del suo rappresentante legale). Per determinate comunicazioni, l'assicuratore può anche ammettere esplicitamente e-mail o altri mezzi di comunicazione elettronici, purché ammessi dalla legge. Avvisi da parte dell'assicuratore, che riguardano il rapporto assicurativo, saranno comunicati in modo giuridicamente vincolante tramite lettere circolari, informazione sul sito web, nella rivista per gli assicurati o in altri modi adeguati.
2. Tutte le comunicazioni da parte dell'assicuratore avvengono in forma giuridicamente valida all'ultimo indirizzo di contatto indicato dalla persona assicurata all'assicuratore. Nel caso di un soggiorno all'estero superiore ai tre mesi occorre indicare all'assicuratore il relativo indirizzo di contatto in Svizzera per le eventuali comunicazioni postali.
3. Le liste e gli elenchi validi indicati nelle CGA o nelle CC sono messi a disposizione in forma digitale, vengono aggiornati correntemente, sono consultabili in ogni momento e si possono ottenere anche presso l'unità d'organizzazione dell'assicuratore indicata nella polizza d'assicurazione. Determinanti sono sempre le liste e gli elenchi validi al momento del trattamento.
4. La definizione «in forma scritta» come viene utilizzata nelle presenti CGA vale per analogia anche per la comunicazione per via elettronica, dove questa sia espressamente prevista dall'assicuratore e ammessa dalla legge.
5. Invece della firma manoscritta, l'assicuratore accetta anche una firma elettronica qualificata ai sensi della Legge federale sulla firma elettronica del 19 dicembre 2003, rispettivamente della normativa federale vigente in materia. Restano riservate le disposizioni legali o contrattuali divergenti.

Art. 31 Servizi digitali

Per i servizi digitali messi a disposizione dall'assicuratore valgono accordi supplementari (relativi all'offerta, a diritti e doveri, all'autorizzazione d'accesso ecc.). Se la persona assicurata utilizza tali servizi, questi accordi sono per lei vincolanti, fatte salve eventuali disposizioni contrarie.

Art. 32 Interpretazione

La versione originale delle presenti CGA 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.

Art. 33 Entrata in vigore

Le presenti CGA per le assicurazioni secondo LAMal entrano in vigore il 1o gennaio 2022. Le CC entrano in vigore alla rispettiva data di validità. L'assicuratore può modificare in ogni momento le CGA e le CC (fatta salva la necessaria approvazione preventiva dell'autorità di vigilanza), con relativa informazione alle persone assicurate.

Glossario

Accordo sulla libera circolazione

Accordo tra la Confederazione svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea sulla libera circolazione delle persone (le stesse regole valgono per l'Associazione europea di libero scambio).

Assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni

Nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria, la persona assicurata, per i trattamenti ambulatoriali, può scegliere liberamente tra i fornitori di prestazioni riconosciuti, il fornitore di prestazioni che ritiene idoneo per il trattamento della sua malattia. La persona assicurata, previo accordo con l'assicuratore, può limitare la sua libertà di scelta in funzione del contenimento dei costi. L'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni è una forma particolare d'assicurazione.

CGA

Condizioni generali d'assicurazione per assicurazioni secondo LAMal

Emergenza

Si tratta di emergenza quando un intervento medico non può essere rinviato. Un'emergenza di regola è dovuta a un problema di salute non prevedibile, che si manifesta improvvisamente e che necessita di un trattamento medico immediato.

Generico

Un medicinale fabbricato successivamente al prodotto originale, omologato da Swissmedic, che per l'essenziale è uguale al corrispondente preparato originale. Il generico contiene gli stessi principi attivi, con la stessa composizione e stesso quantitativo e la stessa forma galenica come il preparato originale, gli adiuvanti possono però differire. Poiché il preparato originale non è più coperto dal brevetto, possono essere commercializzati preparati generici meno costosi.

Inabilità lavorativa

È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

Infermità congenita

Per infermità congenita si intendono infermità esistenti a nascita avvenuta.

Infortunio

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

LAINF

Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981

LAMal

Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994

LPD

Legge federale sulla protezione dei dati del 19 giugno 1992

LPGA

Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000

Malattia

È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica, oppure provochi un'incapacità al lavoro.

Maternità

La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.

OAMal

Ordinanza sull'assicurazione malattie del 27 giugno 1995

Partecipazione ai costi

Di principio, la persona assicurata partecipa ai costi con una franchigia, un'aliquota percentuale e il contributo ai costi ospedalieri. La partecipazione ai costi per gli adulti si compone fondamentalmente della franchigia annua scelta come pure di un'aliquota percentuale del 10 per cento* sui costi che superano la franchigia. Per i bambini, la partecipazione ai costi si compone generalmente della franchigia, se è stata scelta, come pure di un'aliquota percentuale del 10 per cento* sui costi.

L'aliquota percentuale per l'acquisto di medicinali originali, per i quali esiste un generico, può essere più alta e superiore al limite legale.

La fatturazione della partecipazione ai costi avviene con il seguente ordine:

- contributo in caso d'ospedalizzazione
- franchigia
- aliquota percentuale

Per le prestazioni di maternità non viene prelevata alcuna partecipazione ai costi. Pure per le prestazioni di malattia, dalla 13° settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto non viene prelevata nessuna partecipazione ai costi.

Oltre alla partecipazione ai costi, in caso di ospedalizzazione, nei casi previsti dalla legge, viene prelevato un contributo fisso stabilito dal Consiglio federale.

Se le fatture dei fornitori di prestazioni sono liquidate direttamente dall'assicuratore («Terzo pagante»), l'assicuratore fattura alla persona assicurata i costi sopportati per la franchigia e l'aliquota percentuale eccedente la franchigia. Il contributo ospedaliero viene fatturato indipendentemente dalla partecipazione ai costi. Sono riservati contratti di altro tenore dell'assicuratore con terzi.

*Per determinati medicamenti, in base a un elenco del DFI, l'aliquota percentuale può essere del 20 per cento.

170i / online / 5.2025