

Assicurazioni secondo la LAMal

Regolamento Edizione 01.2018

Per una migliore leggibilità delle disposizioni contrattuali, abbiamo mantenuto la forma maschile per determinati termini personalizzati; ovviamente, tali termini valgono anche per le persone di sesso femminile.

Indice

I	Disposizioni comuni	2	III	Assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal	4
Art. 1	Validità	2	Art. 23	Principio	4
Art. 2	Adesione / Ammissione	2	Art. 24	Condizioni d'ammissione	4
Art. 3	Sospensione della copertura assicurativa	2	Art. 25	Libero passaggio	4
Art. 4	Effetti giuridici della firma sul formulario di proposta	2	Art. 26	Infortunio	4
Art. 5	Appartenenza a / cambio d'agenzia	2	Art. 27	Estensione delle prestazioni	4
Art. 6	Fine dell'assicurazione	2	Art. 28	Inizio e fine del diritto a prestazioni	4
Art. 7	Obbligo di notificare, informare e collaborare	2	Art. 29	Durata del versamento delle prestazioni	4
Art. 8	Obbligo della persona assicurata di contribuire a ridurre il danno	2	Art. 30	Riduzione e rifiuto delle prestazioni	4
Art. 9	Convenzione d'indennizzazione	2	Art. 31	Riduzione dell'assicurazione d'indennità giornaliera	5
Art. 10	Rimborso	2	IV	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata del fornitore di prestazioni	4
Art. 11	Compensazione	2	Art. 32	Scelta limitata del fornitore di prestazioni	4
Art. 12	Costituzione in pegno	3	V	Disposizioni finali	5
Art. 13	Addebito della partecipazione alle spese	3	Art. 33	Pubblicazione del Regolamento	5
Art. 14	Pagamento dei premi e delle partecipazioni alle spese	3	Art. 34	Entrata in vigore	5
Art. 15	Obbligo di salvaguardare il segreto	3			
Art. 16	Protezione dei dati	3			
Art. 17	Procedura in caso di contestazione	3			
II	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigie ad opzione	3			
Art. 18	Principio	3			
Art. 19	Opzioni	3			
Art. 20	Adesione / uscita / cambiamento di franchigia	3			
Art. 21	Partecipazione alle spese / importo massimo	4			
Art. 22	Disposizioni legali	4			

I Disposizioni comuni

Art. 1 Validità

- 1.1 La ARCOSANA SA (di seguito denominata Arcosana) emana il presente regolamento in applicazione e ad integrazione delle disposizioni legali. Il regolamento non è esaustivo. Sono determinanti la Legge sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e la Legge federale sulla parte generale del diritto della assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA) come pure le relative disposizioni d'esecuzione.
- 1.2 Il presente regolamento è valevole per le assicurazioni dell'Arcosana esercitate secondo la LAMal.

Art. 2 Adesione / Ammissione

- 2.1 L'ammissione deve essere richiesta per iscritto, su modulo rilasciato dall'Arcosana. Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili, la domanda d'ammissione dev'essere firmata dal rappresentante legale. Deve essere risposto in modo veritiero e completo alle domande poste.
- 2.2 Prima di compilare la domanda d'ammissione, il candidato può prendere visione del regolamento dell'Arcosana.
- 2.3 L'assicurazione inizia alla data concordata.

Art. 3 Sospensione della copertura assicurativa

- 3.1 Una persona assicurata con copertura obbligatoria per gli infortuni professionali e non professionali può richiedere la sospensione della copertura d'infortunio in cambio di una riduzione del premio. Il premio sarà ridotto con effetto all'inizio del mese successivo alla proposta.
Se la persona assicurata esce dall'assicurazione infortuni obbligatoria secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981 (LAINF), essa lo deve notificare all'Arcosana entro un mese. Dopo l'estinzione della copertura secondo la LAINF, la copertura dell'infortunio nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene ripristinata. L'obbligo di pagare il premio sussiste a partire dal primo giorno successivo all'estinzione della copertura LAINF.
- 3.2 Una persona assicurata è esonerata dal pagamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a partire dall'inizio dell'assoggettamento all'assicurazione militare, se notifica tale assoggettamento all'Arcosana almeno otto settimane prima che esso inizi ed esso duri per più di 60 giorni consecutivi.

Art. 4 Effetti giuridici della firma sul formulario di proposta

- 4.1 Firmando il formulario di proposta, il candidato riconosce il presente regolamento e le tariffe dell'Arcosana.
- 4.2 I premi sono dovuti proporzionalmente a partire dall'inizio dell'assicurazione (parto, acquisizione di domicilio in Svizzera).

Art. 5 Appartenenza / cambio d'agenzia

- 5.1 La persona assicurata viene assegnata all'agenzia competente per il suo luogo di domicilio. In casi particolari può essere assegnata ad un'altra agenzia; essa è però in ogni caso tenuta a versare i premi secondo la tariffa determinante per il suo luogo di domicilio.
- 5.2 Qualsiasi cambio di domicilio deve essere notificato all'Arcosana entro due settimane.
- 5.3 Se il cambio di domicilio implica un cambio di agenzia, quest'ultimo avviene per l'inizio del mese civile seguente.
- 5.4 Un cambio di domicilio di massimo 12 mesi, già in anticipo previsto come provvisorio, non determina un cambio di agenzia.
- 5.5 Un cambio della località di domicilio non rappresenta un motivo per una disdetta. Anche se il trasferimento in un'altra regione ha come conseguenza una modifica del premio, ciò non autorizza una disdetta nel corso dell'anno.

Art. 6 Fine dell'assicurazione

- 6.1 Mediante comunicazione scritta e rispettando un preavviso di disdetta di tre mesi, la persona assicurata può passare dall'Arcosana ad un altro assicuratore con effetto alla fine di un semestre. Al momento della notificazione del nuovo premio, rispettando un preavviso di disdetta di un mese, con effetto alla fine del mese precedente all'entrata in vigore del nuovo premio, la persona assicurata può passare ad un altro assicuratore.
- 6.2 Con l'uscita dall'Arcosana terminano l'assicurazione e il diritto a prestazioni.
- 6.3 La persona assicurata dimissionaria deve pagare i premi, le partecipazioni alle spese arretrate, come pure le eventuali spese fino alla fine dell'assicurazione. Essa è inoltre tenuta a rimborsare le prestazioni illecitamente riscosse.
- 6.4 I premi sono dovuti in caso proporzionalmente in caso di trasferimento all'estero o di decesso.

Art. 7 Obbligo di notificare, informare e collaborare

- 7.1 Se una persona assicurata vuole usufruire di prestazioni, ciò deve essere comunicato all'Arcosana.
- 7.2 La persona assicurata deve fornire all'Arcosana tutte le informazioni di cui essa ha bisogno per accertare il diritto alle prestazioni e per fissare le stesse, deve mettere a disposizione la relativa documentazione ed autorizzare a tale scopo l'Arcosana a prendere visione degli atti di altri assicuratori o di autorità pubbliche.
- 7.3 La persona assicurata ha il dovere di presentare all'Arcosana spontaneamente le decisioni formali e le notificazioni di rendita di altre assicurazioni sociali, se esse possono influire sull'obbligo dell'Arcosana di versare prestazioni.
- 7.4 In caso di malattia o infortunio, la persona assicurata è tenuta ad informare spontaneamente l'Arcosana su altri diritti e prestazioni percepite, come prestazioni d'assicurazione, salario, indennità per perdita di guadagno, rendite ecc.
- 7.5 Su richiesta dell'Arcosana, la persona assicurata è tenuta ad annunciarsi presso altre assicurazioni sociali.
- 7.6 Ai fini del rimborso delle prestazioni non in contanti, la persona assicurata è obbligata a comunicare all'Arcosana un conto bancario o postale. Altrimenti l'Arcosana può applicare un contributo spese di CHF 20.

Art. 8 Obbligo della persona assicurata di contribuire a ridurre il danno

In caso di infortunio, la persona assicurata deve intraprendere tutto ciò che favorisce la guarigione ed astenersi da tutto ciò che la ritarda. Nell'ambito del trattamento, essa è tenuta ad osservare le prescrizioni del fornitore di prestazioni autorizzato.

Art. 9 Convenzioni d'indennizzazione

Se si tange l'obbligo dell'Arcosana di versare prestazioni, la persona assicurata deve informare l'Arcosana sugli accordi di rinuncia parziale o totale al diritto di prestazioni d'assicurazione o al diritto di risarcimento del danno presi con un terzo in obbligo di versare prestazioni.

Art. 10 Rimborso

Le prestazioni ricevute a torto devono essere restituite all'Arcosana. Se la persona assicurata è in buona fede ed è contemporaneamente in una situazione oltremodo difficile, non sussiste l'obbligo della persona assicurata di rimborsare le prestazioni.

Art. 11 Compensazione

I crediti dall'Arcosana nei confronti della persona assicurata vengono compensati con prestazioni esigibili. L'assicuratore non può compensare prestazioni assicurative con premi o partecipazione dei costi sollecitati.

La persona assicurata non può esercitare alcun diritto di compensazione nei confronti dall'Arcosana.

Art. 12 Costituzione in pegno

La persona assicurata non può costituire in pegno i suoi crediti verso l'Arcosana. L'Arcosana considera nulli gli accordi di questo tipo presi con terzi.

Art. 13 Addebito della partecipazione alle spese

Se l'Arcosana è debitrice degli onorari, la franchigia ordinaria e la partecipazione alle spese sono addebitate alla persona assicurata al momento del conteggio di un caso di malattia. In caso di franchigia più elevata, la persona assicurata è per principio debitrice degli onorari, con riserva dei contratti dell'Arcosana con terzi che prevedono disposizioni differenti, nonché delle disposizioni LAMal riguardanti gli accordi sul libero passaggio di persone tra la Svizzera e la UE risp. l'AELS (Associazione europea di libero scambio).

Art. 14 Pagamento dei premi e delle partecipazioni alle spese

- 14.1 La persona assicurata ha l'obbligo di pagare in anticipo i premi secondo la polizza e corrispondenti alla sua assicurazione e alla sua ripartizione.
- 14.2 Spese dell'Arcosana per richiami ed esecuzioni sono a carico della persona assicurata.
- 14.3 Se alla scadenza del termine di pagamento la persona assicurata non avrà pagato il suo debito, le verrà fatto pervenire un richiamo scritto con indicazione delle conseguenze e con un termine supplementare, alla cui scadenza si potrà avviare l'esecuzione.
- 14.4 Rimangono riservate le disposizioni della LAMal riguardanti l'accordo sul libero passaggio di persone tra la Svizzera e l'UE risp. l'AELS.
- 14.5 Per i premi e le partecipazioni ai costi l'Arcosana emette fattura in franchi svizzeri.

Art. 15 Obbligo di salvaguardare il segreto

Tutti i collaboratori dell'Arcosana sono tenuti a osservare l'obbligo del segreto assoluto (art. 33 LPGa).

Art. 16 Protezione dei dati

La protezione dei dati è regolata dalle disposizioni della LAMal, della LPGa e della Legge federale sulla protezione dei dati del 19 giugno 1992.

Art. 17 Rimedi giuridici

- 17.1 Se una persona assicurata o un candidato non accetta una decisione dell'Arcosana, entro 30 giorni l'Arcosana emana una decisione scritta e motivata, con indicazione del diritto e del termine di opposizione.
- 17.2 Contro la decisione dell'Arcosana può essere fatta opposizione entro 30 giorni dalla notifica presso la sede centrale dell'Arcosana. Contro la decisione su opposizione dell'Arcosana, entro 30 giorni può essere interposto ricorso di diritto amministrativo presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni. E' competente il tribunale delle assicurazioni del cantone in cui la persona assicurata, il candidato o il terzo ricorrente sono domiciliati al momento della presentazione del ricorso.
- 17.3 La decisione o la decisione su opposizione acquistano forza di cosa giudicata se contro di esse non è stato fatto uso dei relativi rimedi giuridici oppure se si è in presenza di una decisione su opposizione passata in giudicato o di una sentenza.

II Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigie ad opzione

Art. 18 Principio

- 18.1 L'Arcosana esercita l'assicurazione con franchigie ad opzione quale particolare forma d'assicurazione.
- 18.2 Le prestazioni di tale assicurazione corrispondono per principio a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Art. 19 Opzioni

- 19.1 Le franchigie ad opzione e le riduzioni dei premi ammon-
tano a:

Adulti:

Franchigia opzionale	Riduzione sui premi max. all'anno
CHF 500	CHF 140
CHF 1000	CHF 490
CHF 1500	CHF 840
CHF 2000	CHF 1190
CHF 2500	CHF 1540

Bambini:

Franchigia opzionale	Riduzione sui premi max. all'anno
CHF 100	CHF 70
CHF 200	CHF 140
CHF 300	CHF 210
CHF 400	CHF 280
CHF 600	CHF 420

- 19.2 L'importo della franchigia è indicato sulla polizza.
- 19.3 La riduzione si calcola sul premio valido per una determinata persona assicurata nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Art. 20 Adesione / uscita / cambiamento di franchigia

- 20.1 Tutte le persone assicurate, salvo quelle con domicilio in uno Stato membro UE o AELS, possono stipulare l'assicurazione con franchigia ad opzione. La persona assicurata può scegliere una franchigia superiore solo con effetto all'inizio di un anno civile.
- 20.2 Il passaggio ad una franchigia inferiore, ad un'altra forma d'assicurazione, come pure il cambiamento dell'assicuratore, è possibile al più presto un anno dopo l'adesione all'assicurazione con franchigie ad opzione, con effetto alla fine di un anno civile e rispettando il termine di preavviso stabilito nell'art. 7 cpv. 1 e 2 LAMal.

Art. 21 Partecipazione alle spese / importo massimo

- 21.1 Oltre che con un importo fisso per anno (franchigia), la persona assicurata contribuisce ai costi delle prestazioni erogate a suo favore come una persona assicurata nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (quota-parte sui costi eccedenti l'importo della franchigia / contributo giornaliero sui costi del ricovero in ospedale).
- 21.2 Valgono i seguenti importi massimi di partecipazione alle spese (franchigia e quota-parte) per due o più bambini di una famiglia:

Franchigia	Partecipazione alle spese per bambino	Partecipazione alle spese max. più bambini
CHF 0	CHF 350	CHF 600
CHF 100	CHF 450	CHF 600
CHF 200	CHF 550	CHF 600
CHF 300	CHF 650	CHF 650
CHF 400	CHF 750	CHF 750
CHF 600	CHF 950	CHF 950

- 21.3 Nel caso di diverse franchigie per bambini nell'ambito di una famiglia, si applica la partecipazione alle spese massima (franchigia e quota-parte) corrispondente alla franchigia massima assicurata.
- 21.4 In caso di trattamento in uno Stato UE o AELS, vanno applicate le regole di partecipazione ai costi vigenti nello Stato di cui trattasi.

Art. 22 Disposizioni legali

Per l'assicurazione con franchigia ad opzione sono applicabili la LAMal e la LPGA, comprese le relative disposizioni esecutive.

III Assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal

Art. 23 Principio

L'Arcosana esercita l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal. L'indennità giornaliera minima è di CHF 2, l'indennità giornaliera massima è di CHF 6 al giorno.

Art. 24 Condizioni d'ammissione

- 24.1 Le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e che hanno compiuto i 15 anni, ma non ancora i 65 anni, possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera fino a concorrenza dell'importo massimo menzionato.
- 24.2 L'Arcosana può esigere che il candidato produca un certificato medico sul suo stato di salute. Nel caso in cui il candidato non presenti il certificato medico entro due mesi, la proposta d'assicurazione sarà considerata nulla.
- 24.3 Con l'applicazione di riserve, l'Arcosana può escludere dall'assicurazione le malattie esistenti al momento dell'ammissione. Ciò vale parimenti per le malattie anteriori se, conformemente all'esperienza, è possibile una ricaduta. Le riserve decadono al più tardi dopo cinque anni. Prima di questo termine la persona assicurata può fornire la prova che una riserva non è più giustificata.
- 24.4 Nel caso d'aumento d'assicurazione, le condizioni d'ammissione (limite d'età, riserva d'assicurazione) sono applicabili per analogia.

Art. 25 Libero passaggio

- 25.1 L'Arcosana concede il libero passaggio nell'ambito delle disposizioni legali.
- 25.2 La persona assicurata deve far valere il diritto di libero passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione da parte del precedente assicuratore.
- 25.3 Le indennità giornaliere percepite presso l'assicuratore precedente saranno computate alla durata del diritto alle prestazioni.

Art. 26 Infortunio

Nell'assicurazione d'indennità giornaliera il rischio d'infortunio è compreso. Mediante dichiarazione scritta della persona assicurata è possibile escludere il rischio d'infortunio.

Art. 27 Entità delle prestazioni

- 27.1 Il diritto all'indennità giornaliera esiste quando una persona autorizzata attesta per iscritto l'inabilità totale al lavoro. Se l'inabilità al lavoro è di soli due giorni, non viene pagata alcuna indennità giornaliera.
- 27.2 Un'inabilità parziale al lavoro di almeno il 50% dà diritto ad un'indennità giornaliera proporzionalmente ridotta.
- 27.3 In caso di soggiorno al di fuori del raggio d'attività dell'Arcosana, un diritto all'indennità giornaliera esiste solo se la persona assicurata è degente in uno stabilimento ospedaliero o in uno stabilimento di cura diretto da un medico. Questo non vale per le persone assicurate ai sensi della cifra 14.4. A tale riguardo rimangono riservate le disposizioni dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone fra la Svizzera e l'UE risp. l'AELS.
- 27.4 Salvo contraria disposizione contrattuale, l'Arcosana non paga le spese del certificato d'inabilità al lavoro per la persona assicurata.
- 27.5 Per il resto, valgono le disposizioni legali.

Art. 28 Inizio e fine del diritto alle prestazioni

- 28.1 Il diritto all'indennità giornaliera inizia dal secondo giorno d'inabilità al lavoro attestata. Se la notificazione della malattia avviene dopo il terzo giorno di cura, il diritto alle prestazioni comincia il giorno della notificazione della malattia, a meno che l'assicurato non sia responsabile di questo ritardo. In caso di degenza in uno stabilimento di cure, il diritto all'indennità giornaliera incomincia il giorno dell'entrata nello stabilimento.
- 28.2 L'indennità giornaliera viene pagata fino all'ultimo giorno dell'inabilità al lavoro attestata.

Art. 29 Durata del versamento delle prestazioni

- 29.1 L'indennità giornaliera viene erogata per una o più malattie durante 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi.
- 29.2 La persona assicurata non deve cercare d'impedire l'estinzione del diritto all'indennità giornaliera, rinunciando a quest'ultima prima della fine dell'inabilità al lavoro attestata.

Art. 30 Riduzione e rifiuto delle prestazioni

- Le prestazioni possono essere provvisoriamente o durvolmente ridotte o nei casi gravi possono essere rifiutate, quando la persona assicurata
- ha causato intenzionalmente l'evento assicurato, lo ha causato o aggravato commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto;
 - si sottrae ad un trattamento esigibile, si rifiuta di eseguirlo oppure non contribuisce di propria iniziativa facendo tutto ciò che è esigibile. In un caso del genere la persona assicurata deve essere precedentemente richiamata per iscritto, facendo presente che le prestazioni saranno ridotte o rifiutate del tutto.

Art. 31 Riduzione dell'assicurazione d'indennità giornaliera

- 31.1 Una riduzione dell'assicurazione può essere chiesta in qualsiasi momento per iscritto, con effetto alla fine di ogni mese.
- 31.2 L'assicurazione d'indennità giornaliera viene ridotta a CHF 2 alla fine del mese civile in cui la persona assicurata compie 65 anni.

IV Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata del fornitore di prestazioni

Art. 32 Scelta limitata del fornitore di prestazioni

Per ciò che riguarda le assicurazioni con scelta limitata del fornitore delle prestazioni esistono dei regolamenti particolari.

V Disposizioni finali

Art. 33 Pubblicazione del Regolamento

Ulteriori informazioni e comunicazioni vincolanti, quali per esempio le modifiche del presente Regolamento, saranno pubblicate sulla homepage dell'assicuratore e sul CSS Magazine.

Questo Regolamento è pubblicato sul sito web oppure lo si può ricevere in agenzia.

Art. 34 Entrata in vigore

Il presente regolamento entrerà in vigore il 01.01.2018.



CSS

Assicurazione