

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE LAMAL

REGOLAMENTO DELL'ASSICURAZIONE MEDICO DI FAMIGLIA AGRI-eco

REGOLAMENTO DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE
DI INDENNITÀ GIORNALIERA LAMAL

SOMMARIO

SOMMARIO	2
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE LAMal (CGA LAMal)	3
I. DIRITTO VIGENTE	3
II. PERSONE ASSICURATE.....	3
III. INIZIO, FINE E SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE.....	3
IV. PREMI ASSICURATIVI / PARTECIPAZIONE AI COSTI	3
V. OBBLIGHI DI COLLABORAZIONE	4
VI. PRESTAZIONI.....	4
VII. DISPOSIZIONI VARIE.....	5
VIII. DISPOSIZIONI FINALI	5
REGOLAMENTO DELL'ASSICURAZIONE	
MEDICO DI FAMIGLIA AGRI-eco	6
I. DISPOSIZIONI GENERALI.....	6
II. RAPPORTO ASSICURATIVO	6
III. ASPETTI DI BASE E PRESTAZIONI ASSICURATIVE.....	6
IV. PREMI ASSICURATIVI / PARTECIPAZIONE AI COSTI	7
V. OBBLIGHI DI COLLABORAZIONE	7
VI. SANZIONI	7
VII. DISPOSIZIONI FINALI	7
REGOLAMENTO DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE	
DI INDENNITÀ GIORNALIERA LAMal	9
I. DISPOSIZIONI GENERALI.....	9
II. INIZIO, FINE E SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE	9
III. OFFERTA ASSICURATIVA	10
IV. GRUPPI DI ETÀ E PREMI	10
V. AMBITO DELLE PRESTAZIONI	10
VI. DISPOSIZIONI FINALI	11

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE LAMAL (CGA LAMAL)

Le denominazioni di persone e funzioni riportate nel presente Regolamento si riferiscono sempre a entrambi i sessi.

I. DIRITTO VIGENTE

Art. 1 Basi

- ¹ Le basi per questa assicurazione sono le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), della Legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (LVAMal) e delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione LAMal.
- ² A complemento delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione (CGA LAMal), per l'assicurazione d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal viene emanato un regolamento integrativo. Lo stesso vale per forme particolari di assicurazione previste nell'offerta, nella misura in cui ciò risulti necessario.

II. PERSONE ASSICURATE

Art. 2 Affiliazione

- ¹ La Cassa malati Agrisano SA è tenuta, entro il proprio raggio territoriale di attività, ad affiliare ogni persona soggetta a obbligo assicurativo e ogni persona avente diritto a stipulare un contratto assicurativo d'indennità giornaliera.
- ² La persona proponente è tenuta a compilare in modo esauriente e veritiero il modulo di proposta e il questionario predisposti dalla Cassa malati Agrisano SA.

III. INIZIO, FINE E SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 3 Inizio dell'assicurazione

- ¹ Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi, ovvero deve essere assicurata dal/la proprio/a rappresentante legale conformemente alle disposizioni della LAMal, entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. In caso di adesione puntuale di una persona assicurata, l'assicurazione decorre dal momento della nascita o dell'acquisizione del domicilio sul territorio di attività della Cassa malati Agrisano SA.
- ² In caso di adesione tardiva, l'assicurazione decorre dal giorno dell'adesione. In questa evenienza, può essere applicato un supplemento di premio.

Art. 4 Fine dell'assicurazione

- ¹ La copertura nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS) e nell'assicurazione di indennità giornaliera ai sensi della LAMal termina:
 - a) con il decesso della persona assicurata;
 - b) a seguito del cambiamento di assicuratore.
- ² La copertura nell'assicurazione di indennità giornaliera ai sensi della LAMal termina:
 - a) a seguito dell'esclusione dall'assicurazione di indennità giornaliera;
 - b) a seguito di disdetta.

Art. 5 Cambiamento dell'assicuratore

- ¹ La disdetta dell'assicurazione ordinaria di base può essere data per il 30 giugno e il 31 dicembre. Qualora sia stata convenuta una franchigia opzionale, la disdetta può essere data esclusivamente per la fine di ogni anno civile. Trovano inoltre applicazione le disposizioni particolari previste dalla legge in caso di mora.
- ² La disdetta deve essere comunicata per iscritto e nel rispetto di un termine di preavviso di tre mesi.
- ³ Al momento della notifica del nuovo premio la persona assicurata può, nel rispetto di un termine di preavviso di un mese, cambiare assicuratore per la fine del mese che precede l'entrata in vigore del nuovo premio. L'assicuratore deve notificare i nuovi premi approvati dall'Ufficio federale della sanità pubblica a ogni persona assicurata con almeno due mesi di preavviso, segnalando esplicitamente il diritto di cambiare assicuratore.
- ⁴ Qualora la Cassa malati Agrisano SA, volontariamente o sulla base della decisione di un'autorità, non eserciti più l'assicurazione sociale malattie, il rapporto assicurativo si estingue con il ritiro dell'autorizzazione.
- ⁵ Il rapporto assicurativo per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie con la Cassa malati Agrisano SA si estingue soltanto nel momento in cui il nuovo assicuratore ha comunicato a quest'ultima che la persona in questione è assicurata senza interruzione della copertura. Non appena rice-

vuta tale comunicazione, la Cassa malati Agrisano SA informa la persona interessata circa la data a partire dalla quale non è più assicurata presso di essa.

Art. 6 Sospensione della copertura contro gli infortuni

- ¹ La persona assicurata che gode di una copertura a titolo obbligatorio contro i rischi di infortunio professionale e non professionale ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), può sospendere la relativa copertura. La Cassa malati Agrisano SA sospende la copertura contro gli infortuni dietro richiesta della persona assicurata, laddove questa compri di detenere comunque un'opportuna copertura assicurativa ai sensi della LAINF. In questo caso, il premio viene ridotto in misura proporzionale. La richiesta a tale riguardo deve essere presentata in forma scritta. La sospensione ha effetto, al più presto, dal primo giorno del mese successivo alla data della richiesta.
- ² Gli infortuni sono coperti ai sensi della LAMal non appena l'assicurazione ai sensi della LAINF si estingue del tutto o in parte.
- ³ La Cassa malati Agrisano SA si fa carico dei costi per i postumi degli infortuni che essa assicurava prima della sospensione dell'assicurazione.
- ⁴ Nel momento in cui la persona assicurata aderisce all'assicurazione sociale malattie, la Cassa malati Agrisano SA è tenuta a informarla per iscritto circa i suoi obblighi ai sensi dell'art. 10 LAMal.
- ⁵ Il datore di lavoro informa per iscritto la persona che risolve il proprio rapporto di lavoro o cessa di essere assicurata contro gli infortuni non professionali conformemente alla LAINF circa l'obbligo di notificare tale fattispecie al suo assicuratore LAMal entro un mese dall'informazione ricevuta dal datore di lavoro o dall'assicurazione contro la disoccupazione. Lo stesso obbligo incombe all'assicurazione contro la disoccupazione, qualora il diritto alle prestazioni di quest'ultima scada prima che la persona in questione abbia assunto un nuovo lavoro.
- ⁶ Se la persona assicurata non adempie all'obbligo di cui al cpv. 5, la Cassa malati Agrisano SA può esigere il pagamento dell'aliquota del premio assicurativo corrispondente alla copertura contro gli infortuni, inclusi gli interessi di mora, per il periodo compreso tra la cessazione della copertura secondo la LAINF e il momento in cui la Cassa malati Agrisano SA è giunta a conoscenza di tale fattispecie. Se il datore di lavoro o l'assicurazione contro la disoccupazione non adempiono ai loro obblighi di cui al cpv. 5, la Cassa malati Agrisano SA può avanzare analoghe pretese nei loro confronti.

IV. PREMI ASSICURATIVI / PARTECIPAZIONE AI COSTI

Art. 7 Premi assicurativi

- ¹ L'ammontare dei premi assicurativi è stabilito in conformità alle disposizioni della LAMal e della LVAMal.
- ² Le persone assicurate sono tenute a versare i premi in anticipo, per i giorni di salute così come per quelli di malattia.
- ³ La persona assicurata può versare i premi con cadenza mensile, bimestrale, trimestrale, semestrale o annuale.
- ⁴ In caso di pagamento semestrale o annuale, la Cassa malati Agrisano SA concede uno sconto a titolo di adeguata remunerazione. L'ammontare di tale sconto è stabilito dal Consiglio d'amministrazione.
- ⁵ La Cassa malati Agrisano SA può ridurre i premi assicurativi per forme particolari di assicurazione.

Art. 8 Categorie di premi

- ¹ Per le persone assicurate fino ai 18 anni di età (bambini) vengono stabiliti premi inferiori rispetto a quelli applicati alle persone assicurate a partire dai 25 anni di età (adulti).
- ² Deve essere concessa una riduzione anche alle persone assicurate che non hanno ancora compiuto il 25° anno di età (giovani adulti).
- ³ Il passaggio al gruppo di premio successivo avviene sempre all'inizio dell'anno civile seguente.

Art. 9 Partecipazioni ai costi

- ¹ Le persone assicurate partecipano ai costi delle prestazioni erogate a loro favore e la cui copertura è a carico della cassa malati (partecipazione ai costi).
- ² La partecipazione ai costi presenta le seguenti componenti di importo:
 - a) la franchigia (importo fisso per anno);
 - b) l'aliquota percentuale (quota percentuale dei costi eccedenti la franchigia);

c) il contributo ai costi di degenza ospedaliera.

³ Ai fini della riscossione della partecipazione ai costi è determinante la data in cui è stato effettuato il trattamento.

⁴ L'ammontare della partecipazione ai costi, ovvero l'esenzione dalla stessa, è stabilito conformemente alle disposizioni della LAMal e delle relative ordinanze.

Art. 10 Mora

¹ Se la persona assicurata è in ritardo con i pagamenti, per la riscossione di interessi di mora, la riscossione di spese amministrative, la procedura di diffida, la procedura di esecuzione nonché per la sospensione dell'assunzione dei costi per le prestazioni trovano applicazione le vigenti disposizioni di legge.

² I costi comportati da un ritardo nei pagamenti vengono addebitati alla persona assicurata. In aggiunta alle tasse amministrative applicate dall'Ufficio di esecuzione, vengono addebitati, assieme alle spese amministrative, interessi di mora del 5 % sugli importi dei premi insoluti.

V. OBBLIGHI DI COLLABORAZIONE

Art. 11 Aspetti generali

Nel formulario di adesione, il proponente o il rappresentante legale deve fornire tutte le informazioni necessarie ai sensi di legge.

Art. 12 Obblighi di notifica

¹ La persona assicurata è tenuta a notificare tempestivamente gli infortuni soggetti alla LAINF. Nella fattispecie, deve informare la Cassa malati Agrisano SA su:

- a) l'ora, il luogo, le circostanze e le conseguenze dell'infortunio;
- b) il medico curante o l'ospedale di ricovero;
- c) eventuali persone civilmente responsabili e assicurazioni coinvolte.

² La persona assicurata è tenuta a notificare entro dieci giorni alla Cassa malati Agrisano SA qualsiasi caso soggetto a copertura assicurativa.

³ I cambiamenti di indirizzo e di cognome nonché eventuali decessi devono essere notificati per iscritto alla Cassa malati Agrisano SA entro un termine di 30 giorni.

⁴ Il fornitore di prestazioni o la persona assicurata sono tenuti a trasmettere alla Cassa malati Agrisano SA le prescrizioni di misure mediche (degenze per malattie acute, riabilitazioni, soggiorni di cura ecc.) prima dell'inizio del trattamento. Fanno eccezione le misure d'urgenza.

VI. PRESTAZIONI

Art. 13 Offerta assicurativa

La Cassa malati Agrisano SA gestisce, conformemente alle presenti CGA e ai regolamenti particolari, la seguente offerta assicurativa:

- a) assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal;
- b) assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal

Art. 14 Prestazioni – Aspetti generali

Le prestazioni erogate dalla Cassa malati Agrisano SA sono definite in modo esaustivo nella LAMal e nelle rispettive ordinanze.

Art. 15 Prestazioni in caso di malattia

La Cassa malati Agrisano SA copre – sulla base della LAMal e delle relative disposizioni esecutive – i costi per le prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Queste prestazioni comprendono in particolare:

- a) gli esami, le terapie e le cure prestati da medici, chiropratici o persone che erogano prestazioni dietro prescrizione o su incarico di un medico;
- b) le analisi prescritte da un medico, i farmaci, i mezzi o gli apparecchi diagnostici e terapeutici;
- c) i contributi a cure balneari;
- d) la degenza nel reparto comune di un ospedale figurante nell'elenco;
- e) le misure di riabilitazione;
- f) un contributo alle spese di trasporto o di salvataggio necessarie.

Art. 16 Prestazioni in caso di infortunio

¹ In caso di infortunio soggetto alla LAMal, la Cassa malati Agrisano SA copre le prestazioni analogamente a un caso di malattia.

² 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.

³ La copertura contro gli infortuni è sospesa laddove risultino adempite le condizioni di cui all'art. 6 delle presenti CGA.

Art. 17 Prestazioni in caso di maternità

¹ Conformemente alla LAMal, le prestazioni specifiche di maternità sono coperte in maniera analoga al caso di malattia.

² Sono considerate prestazioni in caso di maternità:

- a) gli esami di controllo durante e dopo la gravidanza, effettuati da medici ovvero da levatrici previa prescrizione di un medico;
- b) il parto a domicilio, in ospedale o in un istituto riconosciuto a questo scopo, nonché la relativa assistenza di medici o levatrici;
- c) la necessaria consulenza per l'allattamento;
- d) i costi delle cure e della degenza del neonato sano, finché soggiorna con la madre all'ospedale.

³ Le prestazioni in caso di maternità sono esentate dalla partecipazione ai costi.

Art. 18 Cure dentarie

Ai sensi della LAMal, in linea di principio le cure dentarie non sono assicurate. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie laddove:

- a) le affezioni siano causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio; oppure
- b) le affezioni siano causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi; oppure
- c) le cure siano necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi; oppure
- d) le cure siano dovute a un infortunio, a condizione che non competano a un altro assicuratore.

Art. 19 Condizioni per l'assunzione dei costi

¹ Il fornitore delle prestazioni deve limitare il proprio operato a quanto esige l'interesse dell'assicurato e risulta necessario per lo scopo della cura.

² Le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche. A questo scopo, esse sono riesaminate con cadenza periodica.

Art. 20 Tariffa determinante / Scelta del fornitore di prestazioni

¹ Nel caso di trattamento in regime ambulatoriale, la persona assicurata ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei al trattamento della sua malattia. La Cassa malati Agrisano SA si fa carico dei costi in base alla tariffa vigente per il fornitore di prestazioni prescelto.

² Nel caso di trattamento in regime di degenza, la persona assicurata ha la libera scelta tra gli ospedali riportati nell'elenco del proprio Cantone di domicilio o nell'elenco del Cantone di ubicazione (ospedale in elenco). In caso di ricovero in regime di degenza in un ospedale in elenco, la Cassa malati Agrisano SA e il Cantone di domicilio si fanno carico della remunerazione dovuta secondo la rispettiva quota-parte ai sensi dell'art. 49a LAMal, fino a concorrenza della tariffa che trova applicazione in un ospedale in elenco nel Cantone di domicilio per il trattamento in questione. Questo principio vale per analogia per le case per il parto.

³ In caso di trattamento in regime di degenza in Svizzera, le persone assicurate che hanno il proprio domicilio in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia possono scegliere liberamente tra gli ospedali compresi negli elenchi LAMal.

⁴ Qualora nel caso di un trattamento in regime di degenza la persona assicurata venga ricoverata per motivi di ordine medico in un ospedale non compreso nell'elenco del Cantone di domicilio, la Cassa malati Agrisano SA e il Cantone di domicilio si fanno carico della remunerazione secondo la rispettiva quota-parte ai sensi dell'art. 49a LAMal. In questa fattispecie, fatta eccezione per i casi di urgenza, è necessaria l'autorizzazione preventiva del Cantone di domicilio.

⁵ Sono considerati motivi di ordine medico ai sensi dei cpvv. 3 e 4 i casi di urgenza e quelli in cui le prestazioni necessarie non possono essere erogate:

- a) nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, laddove si tratti di cura in regime ambulatoriale;
- b) in un ospedale riportato nell'elenco del Cantone di domicilio, laddove si tratti di una cura in regime di degenza ospedaliera.

⁶ D'intesa con la Cassa malati Agrisano SA, la persona assicurata può limitare il proprio diritto di scelta ai fornitori di prestazioni designati dalla Cassa malati Agrisano SA stessa secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi (art. 62 cpvv. 1 e 3 LAMal). La Cassa malati Agrisano SA deve allora assumere soltanto i costi per le prestazioni erogate o disposte da questi fornitori di prestazioni; il cpv. 3 è applicabile per analogia. Le prestazioni obbligatorie per legge sono in ogni caso assicurate.

⁷ In caso di trattamenti d'urgenza all'estero viene assunto un importo massimo pari al doppio dei costi che sarebbero stati fatturati in Svizzera.

Art. 21 Remunerazione delle prestazioni

¹ È sempre necessario presentare le fatture originali e/o i giustificativi di rimborso. Dietro presentazione di ricevute, copie, conferme di pagamento o estratti contabili non viene erogata alcuna prestazione.

² Il rimborso a favore della persona assicurata viene effettuato senza addebito di spese sul suo conto postale o bancario. Qualora il rimborso deva essere effettuato con un'altra modalità a causa dell'indisponibilità di un conto postale o bancario, i relativi oneri possono essere addebitati parzialmente o integralmente alla persona assicurata.

Art. 22 Sovraindennizzo

¹ L'erogazione di prestazioni da parte di più assicurazioni sociali non deve comportare un sovraindennizzo a favore della persona avente diritto.

² A tale riguardo trovano applicazione le disposizioni della LPGa.

³ Fatta salva una disposizione di tenore espressamente diverso, le indennità giornaliere sono di competenza dell'assicurazione contro i danni.

VII. DISPOSIZIONI VARIE

Art. 23 Liquidazione dei sinistri

Laddove la Cassa malati Agrisano SA abbia rilasciato, su base contrattuale o facoltativa, garanzie di assunzione dei costi o garanzie di altra natura nei confronti degli emittenti di fatture, essa liquida direttamente lo stipulante, salvo disposizioni di diverso tenore nelle convenzioni tariffali.

Art. 24 Obblighi di contenimento dei danni

¹ La persona assicurata è tenuta a seguire scrupolosamente le prescrizioni mediche (comportamento, assunzione di farmaci, terapie ecc.), evitando al contempo tutto ciò che potrebbe pregiudicare o ritardare la guarigione.

² La persona assicurata non deve indurre il medico curante ad attuare terapie o accertamenti inutili o antieconomici.

Art. 25 Cessione e costituzione in pegno

In linea di principio il diritto a prestazioni non può essere né ceduto, né costituito in pegno. Ogni cessione o costituzione in pegno è priva di qualsiasi validità. Fanno eccezione i versamenti retroattivi di prestazioni ai sensi dell'art. 22 cpv. 2 LPGa.

Art. 26 Presa in visione degli atti / Protezione dei dati

¹ Gli atti possono essere presi liberamente in visione da tutti i soggetti coinvolti. Gli interessi privati degni di protezione delle persone assicurate e dei loro congiunti così come gli interessi pubblici preponderanti devono essere debitamente salvaguardati.

² La protezione dei dati si fonda sulle disposizioni della LPGa, della LAMal e della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Art. 27 Rimedi giuridici

Se la persona assicurata è in disaccordo con una decisione della Cassa malati Agrisano SA, può adottare i rimedi giuridici ai sensi delle disposizioni della LPGa.

Art. 28 Decisione

¹ Le delibere contestate devono essere confermate dalla Cassa malati Agrisano SA entro 30 giorni mediante apposita decisione scritta.

² La decisione formale deve contenere una motivazione specifica e un'indicazione dei rimedi giuridici. La notifica carente di una decisione formale non può recare alcun pregiudizio alla persona interessata.

Art. 29 Opposizione

¹ La persona assicurata in questione può avanzare opposizione presso la Cassa malati Agrisano SA contro la decisione entro 30 giorni dalla relativa notifica.

² La Cassa malati Agrisano SA pronuncia entro un termine adeguato una propria decisione su opposizione.

Art. 30 Ricorso

¹ Le decisioni su opposizione sono impugnabili mediante ricorso. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notifica della decisione su opposizione presso il Tribunale delle assicurazioni designato dal Can-

tone e preposto a dirimere le liti che oppongono un assicuratore a un altro assicuratore, ad assicurati oppure a terzi.

² Il ricorso può essere interposto anche se la Cassa malati Agrisano SA, nonostante la domanda della persona interessata, non pronuncia alcuna decisione o decisione su opposizione.

Art. 31 Obbligo di discrezione

Le persone che concorrono all'applicazione, al controllo o alla sorveglianza dell'assicurazione sociale malattie sono tenute a mantenere il segreto nei confronti di terzi riguardo alle informazioni che hanno acquisito nell'esercizio delle loro attività.

VIII. DISPOSIZIONI FINALI

Art. 32 Entrata in vigore

Le presenti CGA ai sensi della LAMal entrano in vigore in data 1° gennaio 2019.

REGOLAMENTO DELL'ASSICURAZIONE MEDICO DI FAMIGLIA AGRICO-ECO

Le denominazioni di persone e funzioni riportate nel presente Regolamento si riferiscono sempre a entrambi i sessi.

I. DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 Scopo

L'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO persegue i seguenti scopi:

- promozione del rapporto di fiducia tra medico di famiglia e paziente
- coordinamento dei trattamenti medico-sanitari da parte del medico di famiglia prescelto, con conseguente miglioramento della qualità e dell'efficienza per le prestazioni mediche e ottenimento di risparmi sui costi.
- consolidamento di uno stile di vita consapevole delle proprie responsabilità e attento ai costi da parte delle persone assicurate.

Art. 2 Base giuridica

¹ L'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO è una forma di assicurazione particolare ai sensi dell'art. 41 cpv. 4 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) in combinato disposto con l'art. 62 cpv. 1 LAMal.

² L'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO si caratterizza in particolare per una limitazione nella scelta del medico.

II. RAPPORTO ASSICURATIVO

Art. 3 Possibilità d'assicurazione

Entro i limiti delle disposizioni di legge, l'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO è aperta a tutte le persone interessate che sono domiciliate nelle aree in cui la Cassa malati Agrisano SA offre questa forma di copertura.

Art. 4 Adesione e cambio di assicurazione

¹ L'adesione o il passaggio dall'assicurazione ordinaria all'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO è possibile in qualsiasi momento per il primo giorno di un mese, tuttavia al più presto per il primo giorno del mese successivo alla data della proposta.

² Per il passaggio dall'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO a un'altra forma assicurativa oppure a un altro assicuratore trovano applicazione per analogia le disposizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA) della Cassa malati Agrisano SA. Un passaggio è possibile per la fine di ogni anno civile, nel rispetto dei termini di disdetta fissati dalla LAMal.

³ In caso di trasferimento di domicilio in una regione in cui la Cassa malati Agrisano SA non offre l'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO, è possibile un passaggio anticipato nel rapporto assicurativo ordinario per il primo giorno del mese successivo al cambio di domicilio. La persona assicurata informa la Cassa malati Agrisano SA anticipatamente e per iscritto.

Art. 5 Cessazione dell'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO

La Cassa malati Agrisano SA può cessare l'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO per la fine di un anno civile. La relativa notifica alla persona assicurata viene data con un preavviso di almeno due mesi, facendo esplicito riferimento al diritto di cambiare assicuratore.

Art. 6 Scelta del medico di famiglia

¹ Nella scelta del medico di famiglia la persona assicurata accetta di limitarsi volontariamente ai nominativi riportati nell'elenco pubblicato dalla Cassa malati Agrisano SA. La scelta del medico di famiglia avviene con l'inoltro della proposta di adesione all'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO.

² Fatte salve le disposizioni di cui all'art. 9, per tutti i trattamenti e gli esami la persona assicurata si impegna a consultare sempre preventivamente il medico di famiglia prescelto.

Art. 7 Cambiamento del medico di famiglia

¹ È possibile cambiare il medico di famiglia soltanto per il 30 giugno o il 31 dicembre, nel rispetto di un termine di preavviso di tre mesi. La comunicazione deve avvenire per iscritto.

² Nei seguenti casi la persona assicurata può passare a un altro medico di famiglia in via eccezionale per il primo giorno del mese successivo:

- In caso di cambiamento di domicilio;

- se il medico di famiglia prescelto chiude il proprio studio o lo trasferisce in un altro Comune politico;

- in caso di rottura del rapporto di fiducia tra la persona assicurata e il medico di famiglia prescelto.

Nei casi di cui al cpv. 2 lett. a) - c) la persona assicurata informa la Cassa malati Agrisano SA per iscritto circa tali eventi.

³ In caso di disdetta della convenzione con l'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO da parte del medico, l'assicuratore può, in via eccezionale ai sensi dell'art. 7 cpv. 2, indicare alla persona assicurata la necessità di un cambiamento del medico per il primo giorno del mese successivo.

III. ASPETTI DI BASE E PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Art. 8 Principio

Prima di sottoporsi a un trattamento in regime ambulatoriale, semi-ospedaliero od ospedaliero, nonché prima della fruizione di medicamenti e ausili è sempre necessario consultare preventivamente il medico di famiglia prescelto, il quale in caso di effettiva necessità indirizza la persona assicurata a uno specialista, un operatore paramedico o un ospedale.

Art. 9 Eccezioni

Le seguenti eccezioni danno alla persona assicurata il diritto di derogare al principio della prima consultazione presso il medico di famiglia prescelto.

a) Casi di urgenza:

nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i trattamenti di urgenza sono coperti a prescindere dal fatto che siano prestati dal medico di famiglia prescelto o da un medico del servizio d'urgenza. Resta fatta salva la verifica dell'effettiva necessità medica da parte del medico di famiglia prescelto o del medico di fiducia della Cassa malati Agrisano SA.

b) Ginecologo:

per gli esami e i trattamenti ginecologici, nonché per l'assistenza al parto presso medici specialisti in ginecologia e ostetricia, la Cassa malati Agrisano SA lascia all'assicurata la libera scelta del medico. Prima di sottoporsi a operazioni ginecologiche è necessario consultare il medico di famiglia prescelto e ottenere il suo consenso.

c) Oculista:

per gli esami e i trattamenti oculistici la Cassa malati Agrisano SA lascia alla persona assicurata la libera scelta del medico. Prima di sottoporsi a operazioni oculistiche è necessario consultare il medico di famiglia prescelto e ottenere il suo consenso.

Art. 10 Prestazioni assicurative

Le prestazioni assicurative si basano integralmente sulle disposizioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie ai sensi della LAMal.

Art. 11 Medicamenti / Incentivazione di preparati generici

¹ La Cassa malati Agrisano SA promuove l'utilizzo di medicamenti a costo conveniente. Le persone affiliate all'Assicurazione medico di famiglia AGRICO-ECO sono tenute a scegliere, tra i medicamenti con lo stesso principio attivo, quello con il prezzo più economico. Se la persona assicurata non opta per il medicamento con il prezzo più economico, la prestazione soggetta a obbligo di rimborso della cassa malati si riduce al 65 % del prezzo del farmaco acquistato. Trovano inoltre applicazione le disposizioni degli artt. 52 e 52a LAMal.

² L'importo del costo del medicamento a carico della cassa malati sottostà alla franchigia prescelta e viene applicata un'aliquota di partecipazione del 10 %. Trova applicazione un'aliquota di partecipazione superiore laddove risultino adempite le disposizioni dell'art. 38a dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni).

IV. PREMI ASSICURATIVI / PARTECIPAZIONE AI COSTI

Art. 12 Premi assicurativi / Ribasso

- ¹ Le persona affiliate all'Assicurazione medico di famiglia AGRI-eco beneficiano di un ribasso sui premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal.
- ² L'entità del ribasso può variare su base regionale.
- ³ Fa stato la tariffa dei premi approvata dall'autorità di vigilanza.

Art. 13 Partecipazioni ai costi

La persona assicurata si impegna a corrispondere alla Cassa malati Agrisano SA la franchigia, l'aliquota percentuale e il contributo ai costi di degenza ospedaliera conformemente alle disposizioni federali determinanti in materia.

V. OBBLIGHI DI COLLABORAZIONE

Art. 14 Informazione sull'affiliazione

In occasione di ogni visita medica la persona assicurata si accerta che il medico di famiglia sia a conoscenza della sua adesione all'Assicurazione medico di famiglia AGRI-eco della Cassa malati Agrisano SA. Nei casi di urgenza essa si qualifica non appena possibile come persona affiliata all'Assicurazione medico di famiglia AGRI-eco della Cassa malati Agrisano SA.

Art. 15 Trattamenti d'urgenza

Se a seguito di un'emergenza si rendono necessari un ricovero in ospedale oppure cure ambulatoriali da parte di un medico d'urgenza, la persona assicurata è tenuta a trasmettere quanto prima al medico di famiglia prescelto un certificato e un rapporto del medico d'urgenza che l'ha avuta in carico.

Art. 16 Richiesta di visita specialistica da parte del medico di famiglia

Ogni trattamento eseguito presso un medico specialista, un operatore paramedico o un ospedale necessita di un'apposita richiesta da parte del medico di famiglia prescelto.

Art. 17 Interventi chirurgici

Qualora un medico specialistico (incl. ginecologo e oculista) raccomandi un intervento chirurgico, la persona assicurata è tenuta a richiedere il consenso preventivo del medico di famiglia prescelto.

Art. 18 Degenze in ospedali e cliniche in regime di day hospital

Ad eccezione dei casi di urgenza, i ricoveri e i trattamenti in ospedali e cliniche in regime di day hospital sono ammessi unicamente con il consenso preventivo del medico di famiglia prescelto.

Art. 19 Degenze di riabilitazione e cure balneari

Qualora la persona assicurata intenda usufruire di una cura di riabilitazione o una cura balneare, è tenuta a consultare il proprio medico di famiglia con un anticipo di almeno 14 giorni. Il medico di famiglia trasmette una raccomandazione motivata al medico di fiducia della Cassa malati Agrisano SA.

Art. 20 Obbligo di notifica in caso di cambiamento del medico di famiglia

- ¹ In caso di cambiamento del medico di famiglia ai sensi dell'art. 7 del presente Regolamento, la persona assicurata è tenuta a presentare disdetta scritta con un preavviso di almeno 14 giorni presso il medico che intende lasciare e a dare comunicazione scritta di tale fattispecie anche alla Cassa malati Agrisano SA.
- ² Qualora all'atto della disdetta la persona assicurata non indichi alcun nuovo medico di famiglia, il primo giorno del mese successivo scatta un trasferimento automatico nell'assicurazione ordinaria.

Art. 21 Trasmissione della cartella medica del paziente

Con la sottoscrizione della proposta relativa all'Assicurazione medico di famiglia AGRI-eco, la persona assicurata esprime il proprio consenso affinché, al fine di evitare inutili accertamenti in caso di cambiamento del medico di famiglia, la sua cartella medica completa venga trasmessa dal medico di famiglia precedente a quello di nuova designazione.

Art. 22 Trasferimento e protezione dei dati

Con l'adesione all'Assicurazione medico di famiglia AGRI-eco, la persona assicurata esprime il proprio consenso affinché il medico di famiglia ven-

ga informato dalla Cassa malati Agrisano SA circa i costi addebitati da altri fornitori di prestazioni. Nello scambio dei dati le parti si attengono alle disposizioni in materia di protezione dei dati ai sensi della LAMal, della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

VI. SANZIONI

Art. 23 Infrazione all'obbligo di collaborazione / sanzioni

- ¹ L'assunzione dei costi per i trattamenti che sono stati effettuati senza il consenso del medico di famiglia e che non rientrano nelle disposizioni derogatorie di cui all'art. 9 del presente Regolamento è soggetta a una riduzione. Resta fatta salva la dimostrazione da parte della persona assicurata che gli obblighi di collaborazione sono stati disattesi per motivi giustificabili.
- ² In caso di prima infrazione, la riduzione al lordo della partecipazione ai costi ammonta al massimo al 50 %.
- ³ In caso di infrazioni reiterate, l'assunzione dei costi può essere negata integralmente. La Cassa malati Agrisano SA può inoltre escludere la persona assicurata dall'Assicurazione medico di famiglia AGRI-eco a partire dal primo giorno del mese successivo. È determinante la data in cui è stata commessa l'infrazione. L'esclusione avviene per iscritto e comporta automaticamente un passaggio all'assicurazione ordinaria. Una proposta di riammissione all'Assicurazione medico di famiglia AGRI-eco può essere presentata non prima di 36 mesi.

VII. DISPOSIZIONI FINALI

Art. 24 Rapporto con le Condizioni Generali di Assicurazione LAMal

Salvo laddove il presente Regolamento non preveda disposizioni di diverso tenore, trovano applicazione per analogia le CGA della Cassa malati Agrisano SA.

Art. 25 Entrata in vigore

Il presente Regolamento entra in vigore il 1° gennaio 2019.

REGOLAMENTO DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE DI INDENNITÀ GIORNALIERA LAMAL

Le denominazioni di persone e funzioni riportate nel presente Regolamento si riferiscono sempre a entrambi i sessi.

I. DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 Scopo / Basi legali

¹ La Cassa malati Agrisano SA, conformemente sia alle sue Condizioni Generali di Assicurazione (CGA) concernenti la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) sia alla Legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal), gestisce un'assicurazione individuale d'indennità giornaliera.

² L'assicurazione individuale d'indennità giornaliera eroga prestazioni in caso di perdita di guadagno dovuta a malattia, infortunio (a condizione che questa fattispecie sia coassicurata e che non sia coperta da alcuna assicurazione infortuni) e maternità.

II. INIZIO, FINE E SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2 Adesione

L'assicurazione individuale d'indennità giornaliera può essere stipulata da chi è domiciliato o attivo professionalmente nel territorio sul quale la Cassa malati Agrisano SA svolge le proprie attività, e ha già compiuto il 15° ma non ancora il 65° anno di età.

Art. 3 Inizio / fine

¹ La proposta di stipulazione dell'assicurazione viene presentata per iscritto mediante l'apposito modulo prestampato della Cassa malati Agrisano SA. L'assicurazione è stipulabile in qualsiasi momento, per il primo giorno di un mese.

² Alle domande poste nel modulo devono essere date risposte complete e veritiere. Le persone incapaci di agire possono essere assicurate soltanto tramite i loro rappresentanti legali. Qualora in occasione della presentazione della proposta di adesione vengano fornite indicazioni non veritiere o incomplete, la Cassa malati Agrisano SA può adottare anche in un secondo tempo gli stessi provvedimenti che sarebbero già stati assunti al momento della presentazione della proposta in via ordinaria.

³ Apponendo la propria firma sulla proposta di adesione, il proponente autorizza la Cassa malati Agrisano SA a richiedere presso il personale medico nonché presso altri assicuratori le informazioni necessarie per la stipulazione dell'assicurazione e per l'accertamento dei rischi. Ai fini dell'accertamento di un obbligo di prestazione successivo, la persona assicurata deve autorizzare con la propria firma sul modulo «Annuncio d'indennità giornaliera» nuovamente la Cassa malati Agrisano SA a raccogliere presso il personale medico nonché presso altri assicuratori le informazioni necessarie per l'accertamento delle prestazioni. La Cassa malati Agrisano SA può esigere la presentazione di un certificato medico, ovvero può disporre a proprie spese lo svolgimento di una visita medica. Il contraente deve accertarsi di poter fornire tutte le indicazioni necessarie circa la persona assicurata.

⁴ La copertura assicurativa ha per ogni persona una validità provvisoria a partire dalla data indicata nel modulo di adesione fino al momento della consegna della polizza assicurativa. Qualora nel corso della copertura assicurativa provvisoria si verifichi un caso di assicurazione, non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative se dalla documentazione da presentare ai sensi dei cpvv. 1 e 3 risulta che l'evento è riconducibile a una malattia, a un infortunio o alle cause di un infortunio pregressi rispetto alla decorrenza della copertura assicurativa provvisoria. Sono fatte salve le deroghe previste dalla legge.

⁵ L'assicurazione di indennità giornaliera si estingue in caso di morte, uscita, esaurimento delle prestazioni, esclusione, cessazione permanente dell'attività lavorativa, partenza dal territorio di attività della Cassa malati Agrisano SA o compimento del 65° anno d'età.

⁶ Un'uscita dall'indennità giornaliera o una riduzione della stessa possono avvenire nel rispetto di un termine di preavviso di tre mesi, sempre per fine mese.

Art. 4 Esclusione

Qualora una persona assicurata metta in atto un comportamento illecito o altrimenti ingiustificabile, può essere esclusa dall'assicurazione nei casi in cui:

- abbia compilato la proposta di assicurazione in modo non veritiero;
- sia ripetutamente opposta alle prescrizioni del medico oppure vi abbia contravenuto in modo grave;

- sia in ritardo con il pagamento dei premi e non dia seguito entro un mese a un sollecito di pagamento con comminatoria di esclusione;
- siano presenti altri gravi motivi.

Art. 5 Sospensione

¹ Le persone assicurate possono sospendere l'assicurazione di indennità giornaliera, dietro pagamento di un premio di rischio per un periodo massimo di cinque anni, nei seguenti casi:

- soggiorno all'estero per un periodo superiore a tre mesi;
- servizio militare o di protezione civile per un periodo complessivo superiore a 60 giorni;
- obbligo di assicurazione di almeno tre mesi presso un'altra cassa malati, nonché in altri casi analoghi;
- detenzione o permanenza di oltre tre mesi in una struttura di esecuzione delle pene e delle misure.

² Qualora le predette condizioni vengano meno, la persona assicurata è tenuta a riattivare l'assicurazione di indennità giornaliera entro un termine di 14 giorni.

³ Il premio di rischio ammonta al 10 % dei premi ordinari, tuttavia con un importo minimo di CHF 10.- al mese.

⁴ La sospensione deve essere richiesta anticipatamente per iscritto.

Art. 6 Riserve

¹ Le malattie e le conseguenze di infortuni che sussistono al momento dell'adesione vengono escluse dalla copertura assicurativa attraverso l'applicazione di una riserva. Lo stesso vale per eventuali malattie pregresse che, empiricamente, possono comportare delle ricadute.

² La riserva è valida solo se comunicata per iscritto alla persona assicurata. Nella comunicazione devono essere indicati con esattezza la malattia oggetto di riserva o l'infortunio le cui conseguenze sono poste sotto riserva, nonché l'inizio e la fine del periodo di riserva.

³ La riserva assicurativa si estingue al più tardi dopo cinque anni. Prima della scadenza del suddetto termine, la persona assicurata può comprovare che la riserva non è più giustificata.

⁴ In caso di aumento dell'indennità giornaliera individuale assicurata o di riduzione del termine di attesa, trovano applicazione per analogia i cpvv. 1 - 3.

Art. 7 Cambiamento dell'assicuratore

¹ La Cassa malati Agrisano SA non può formulare nuove riserve se la persona assicurata passa alla cassa stessa per i seguenti motivi:

- lo esige l'avvio o la cessazione del suo rapporto di lavoro;
- esce dal raggio territoriale di attività del precedente assicuratore;
- il precedente assicuratore non esercita più l'assicurazione sociale malattie.

² La Cassa malati Agrisano SA può mantenere le riserve formulate dal precedente assicuratore fino alla scadenza inizialmente prevista.

³ Il precedente assicuratore è tenuto a informare per iscritto la persona assicurata in merito al suo diritto di libero passaggio. Laddove questa informazione venga omessa, egli deve continuare a garantire la copertura assicurativa. La persona assicurata deve far valere il proprio diritto di libero passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

⁴ Su domanda della persona assicurata, la Cassa malati Agrisano SA è tenuta ad assicurare l'indennità giornaliera per un importo pari a quello precedente e può computare le indennità giornaliere già corrisposte dal precedente assicuratore nella durata del diritto alle prestazioni ai sensi dell'art. 72 LAMal.

Art. 8 Uscita da un'assicurazione collettiva

¹ Se una persona assicurata esce dalla copertura collettiva in quanto non rientra più nella platea designata nel contratto o perché il contratto stesso viene risolto, essa ha diritto di passare nell'assicurazione individuale della Cassa malati Agrisano SA.

² Chi esce da un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera LAMal può, nell'ambito della copertura assicurativa già esistente, stipulare un importo massimo giornaliero anche più elevato rispetto al limite di cui all'art. 9 cpv. 3 del presente Regolamento. L'importo massimo corrisponde a quello che era assicurato nel contratto collettivo.

³ Dopo l'uscita da un'assicurazione collettiva non possono essere formulate nuove riserve nell'assicurazione individuale.

⁴ La Cassa malati Agrisano SA informa per iscritto le persone assicurate circa il loro diritto di passaggio all'assicurazione individuale. Qualora tale informazione venga omessa, la persona assicurata rimane nell'assicurazione collettiva. La persona assicurata deve far valere il proprio diritto di passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

III. OFFERTA ASSICURATIVA

Art. 9 Offerta assicurativa

¹ La persona proponente può stipulare un'assicurazione per un'indennità giornaliera in caso di malattia di importo massimo di CHF 20.- dopo un termine d'attesa di:

- a) 14 giorni
- b) 21 giorni
- c) 30 giorni
- d) 60 giorni
- e) 90 giorni
- f) 180 giorni
- g) 360 giorni

. In caso di prestazione, l'importo dell'indennità giornaliera non può comportare un sovraindennizzo ai sensi dell'art. 19.

² La persona proponente può assicurare un'indennità giornaliera in caso di infortunio di importo massimo di CHF 20.- dopo un termine d'attesa di:

- h) 14 giorni
- i) 21 giorni
- j) 30 giorni
- k) 60 giorni
- l) 90 giorni
- m) 180 giorni
- n) 360 giorni

. In caso di prestazione, l'importo dell'indennità giornaliera non può comportare un sovraindennizzo ai sensi dell'art. 19.

³ Per ogni persona assicurata, tra tutte le tipologie di copertura è possibile assicurare un importo complessivo massimo di CHF 20.- come indennità giornaliera.

IV. GRUPPI DI ETÀ E PREMI

Art. 10 Gruppi di età

¹ Sono previsti i seguenti gruppi di età:

- 18 fino al compimento del 18° anno di età
- 25 fino al compimento del 25° anno di età
- 30 fino al compimento del 30° anno di età d'entrata
- 35 fino al compimento del 35° anno di età d'entrata
- 40 fino al compimento del 40° anno di età d'entrata
- 45 fino al compimento del 45° anno di età d'entrata
- 50 fino al compimento del 50° anno di età d'entrata
- 55 fino al compimento del 55° anno di età d'entrata
- 60 fino al compimento del 60° anno di età d'entrata
- 65 fino al compimento del 65° anno di età d'entrata
- 70 a partire dal compimento del 65° anno di età d'entrata

² Dopo il compimento dei 18 anni, gli assicurati del gruppo di età 18 vengono assegnati al gruppo di età 25; parimenti, dopo il compimento dei 25 anni gli assicurati nel gruppo di età 25 passano al gruppo 30. In seguito rimangono nel gruppo 30 a prescindere dalla loro età. Il passaggio al gruppo di età successivo avviene sempre all'inizio dell'anno civile successivo.

³ In caso di ampliamento della copertura assicurativa, l'assegnazione al gruppo di età per le prestazioni che eccedono le precedenti prestazioni assicurative viene effettuata sulla base dell'età anagrafica e/o di ingresso al momento della decorrenza di tale ampliamento.

Art. 11 Premi

¹ I premi per l'assicurazione individuale di indennità giornaliera vengono stabiliti dal Consiglio di amministrazione.

² Le persone assicurate sono tenute a versare i premi in anticipo per l'intero mese, per i giorni di salute così come per quelli di malattia. Qualora l'assicurazione individuale di indennità giornaliera LAMal non termini alla fine di un mese, il rispettivo premio viene calcolato pro rata temporis in base ai giorni effettivi.

V. AMBITO DELLE PRESTAZIONI

Art. 12 Diritto alle prestazioni

¹ La condizione preliminare per la maturazione del diritto alle prestazioni è un'incapacità lavorativa di almeno il 50 % attestata dal medico curante o dal chiropratico.

² Il diritto alle prestazioni di indennità giornaliera individuale sussiste soltanto nella misura in cui la persona assicurata non tragga guadagno dalla propria assicurazione (sovraindennizzo). A tale proposito trovano applicazione le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA).

³ L'indennità giornaliera viene corrisposta, per una o più malattie e/o per uno o più infortuni, al massimo per 720 giorni nell'arco di 900 giorni.

⁴ Un diritto alla fruizione delle prestazioni matura soltanto una volta decorso il termine di attesa convenuto, il quale viene calcolato a partire dal giorno di inizio dell'incapacità lavorativa confermata da certificato medico.

⁵ Il termine di attesa convenuto per malattia e infortunio viene calcolato congiuntamente per una volta nell'arco di 365 giorni.

⁶ Il termine di attesa deve essere trascorso integralmente.

⁷ Il termine di attesa convenuto viene computato sulla durata massima delle prestazioni di 720 giorni nell'arco di 900 giorni, laddove durante tale periodo il datore di lavoro sia tenuto alla continuazione del pagamento del salario.

⁸ Le prestazioni di maternità non sono incluse nel computo per la durata massima di percepimento.

⁹ In caso d'incapacità lavorativa parziale viene corrisposta un'indennità giornaliera ridotta in misura proporzionale per un periodo massimo di 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi. La copertura assicurativa per la capacità lavorativa residua viene mantenuta.

¹⁰ La persona assicurata non può evitare l'esclusione mediante la rinuncia parziale alle prestazioni di indennità giornaliera.

¹¹ Il diritto alle prestazioni si estingue al più tardi con l'uscita dall'assicurazione.

Art. 13 Persone assicurate disoccupate

¹ Alle persone assicurate disoccupate viene corrisposta l'intera indennità per malattia in caso d'incapacità lavorativa superiore al 50 %.

² Previo opportuno adeguamento dei premi, le persone assicurate disoccupate possono convertire la loro precedente assicurazione d'indennità giornaliera per malattia in un'assicurazione con decorrenza delle prestazioni dal 31° giorno, mantenendo l'ammontare della precedente indennità giornaliera nonché la stessa età d'entrata, indipendentemente dallo stato di salute al momento della conversione.

Art. 14 Maternità

¹ In caso di gravidanza e parto vengono erogate le indennità giornalieri assicurate, a condizione che fino al giorno del parto la puerpera fosse già stata assicurata per un periodo minimo di 270 giorni senza interruzioni superiori ai tre mesi presso una cassa malati per l'indennità giornaliera applicabile al momento delle prestazioni di maternità.

² Laddove non sussista alcun sovraindennizzo, l'assicurata ha diritto a un'indennità giornaliera per maternità per un periodo massimo 16 settimane, di cui un massimo di due settimane prima del parto.

³ Il diritto all'indennità si estingue il giorno in cui ha luogo la ripresa totale o parziale dell'attività lavorativa.

Art. 15 Prestazioni all'estero

In caso di incapacità lavorativa durante un soggiorno all'estero, l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta solo per la durata di un ricovero ospedaliero in regime di degenza.

Art. 16 Notifica / Certificato

¹ La persona assicurata è tenuta a notificare la propria incapacità lavorativa entro dieci giorni e a presentare entro tre ulteriori giorni un'attestazione scritta di incapacità lavorativa rilasciata dal medico o dal chiropratico curante. In caso d'infortunio, il modulo di notifica d'infortunio fornito dalla Cassa malati Agrisano SA deve esserle rispedito entro dieci giorni debitamente compilato e firmato.

² In caso di presentazione tardiva imputabile a colpa propria dell'attestazione d'incapacità lavorativa, il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste solo a partire dal pervenimento del certificato medico rilevante. Qualsiasi operazione di retrodatazione per il conseguimento di prestazioni di indennità giornaliera è illecita.

³ Al termine dell'incapacità lavorativa è necessario far pervenire tempestivamente alla Cassa malati Agrisano SA una dichiarazione scritta del medico a tale riguardo. Questo iter deve essere seguito anche laddove

sia ancora presente un'incapacità lavorativa che tuttavia non dà diritto alla fruizione di prestazioni.

Art. 17 Rapporti con altri assicuratori

Nell'ambito di un'eventuale sovrassicurazione, le prestazioni erogate dall'assicurazione individuale di indennità giornaliera sono subordinate alle seguenti prestazioni:

- a) Legge sulle indennità di perdita di guadagno LPG
- b) assicurazione per la vecchiaia e i superstiti AVS
- c) assicurazione militare AM
- d) assicurazione infortuni LAINF
- e) assicurazione per l'invalidità AI
- f) altre assicurazioni sociali, laddove non trovino esplicita applicazione disposizioni legali di coordinamento.
- g) prestazioni di indennità giornaliera di altri assicuratori privati
- h) assicurazione di responsabilità civile

Art. 18 Riduzione e rifiuto delle prestazioni assicurative

In relazione alla riduzione o al rifiuto di prestazioni trovano applicazione le disposizioni ai sensi dell'art. 21 LPGA.

Art. 19 Sovraindennizzo / Guadagno assicurativo

¹ Sono considerate come guadagno assicurativo le prestazioni che eccedono la copertura della perdita di guadagno. In tale computo sono inclusi i costi dovuti a malattia o infortunio non coperti da altre assicurazioni.

² Alle persone assicurate che non sono in grado di presentare un'attestazione circa la perdita di guadagno non coperta o i costi legati a malattia o infortunio non coperti da altre assicurazioni viene applicata una riduzione commisurata dell'indennità giornaliera.

³ In caso di riduzione dell'indennità giornaliera a seguito di sovraindennizzo, la persona assicurata colpita da incapacità lavorativa ha diritto al controvalore di 720 indennità giornaliere intere. Di conseguenza, i termini per il percepimento vengono prolungati in funzione della riduzione.

VI. DISPOSIZIONI FINALI

Art. 20 Disposizioni generali

Per tutte le questioni non disciplinate in modo specifico nel presente Regolamento trovano applicazione per analogia le disposizioni di legge vigenti e le CGA della Cassa malati Agrisano SA.

Art. 21 Foro giuridico

In caso di controversie relative ad assicurazioni ai sensi delle presenti disposizioni è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui la persona assicurata o il terzo ricorrente ha il proprio domicilio nel momento in cui presenta il ricorso.

Art. 22 Entrata in vigore

Il presente Regolamento entra in vigore in data 1° gennaio 2019.

