

2022

Rapporto annuale

Indice

	Premessa della mediatrice	3
I	Parte generale	5
1	Ufficio	6
2	Consiglio di fondazione	7
3	Cifre relative allo sviluppo dei casi	8
	3.1 Entrate per materia	9
	3.2 Entrate per ramo d'assicurazione	9
	3.3 Entrate per lingua	10
	3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione	10
4	Modalità di esecuzione dell'attività di mediazione	11
	4.1 Quando è competente in un caso l'Ufficio di mediazione?	11
	4.2 Quando l'Ufficio di mediazione non può intervenire?	12
	4.3 Chi può far capo ai servizi dell'Ufficio di mediazione e come deve procedere?	13
	4.4 Cosa accade, quando l'assicurato dispone di un'assicurazione di protezione giuridica o è rappresentato da un avvocato?	13
	4.5 Cosa possono attendersi gli assicurati dall'Ufficio di mediazione?	14
	4.6 L'Ufficio di mediazione può influenzare la politica aziendale degli assicuratori malattie?	14
II	Casistica	15
5	L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal	16
	5.1 Stipulazione del contratto conformemente alla LAMal	16
	Caso 1 Affiliazione	17
	Caso 2 Sospensione della copertura di infortuni	19
	5.2 Cambiamento di cassa	20
	Condizione 1 Disdetta con preavviso tempestivo	20
	Caso 3 Licenziamento poco prima della scadenza del preavviso di disdetta	21
	Caso 4 Disdetta da parte di terzi	21

Caso 5	Revoca della disdetta	23
Caso 6	Non è più possibile revocare la disdetta	24
	Condizione 2 Dichiarazione di affiliazione	24
Caso 7	Molteplici dichiarazioni di affiliazione per lo stesso anno	24
	Condizione 3 Attestazione di nuova assicurazione	25
Caso 8	Mancanza dell'attestazione di nuova assicurazione	25
	Condizione 4 Nessun arretrato	27
Caso 9	Debiti presunti di un familiare	27
Caso 10	Pagamento dei debiti all'ufficio d'esecuzione	28
Caso 11	Pagamento dei debiti tramite assegno bancario o direttamente allo sportello postale?	28
6	Conclusioni del contratto	29
6.1	Conclusioni del contratto LCA	29
Caso 12	Rifiuto della domanda	29
Caso 13	Reticenza	29
Caso 14	Conclusioni tramite portale online	30
6.2	Diritto di revoca	31
6.3	Disdetta	32
Caso 15	L'intermediario assicurativo viola l'obbligo d'informazione	32
Caso 16	Recesso ordinario	33
Caso 17	Recesso straordinario	33
Caso 18	Cumulo di assicurazioni	34
6.4	Cambiamento di cassa	35
Caso 19	Assicurazione dentale speciale per bambini	35
III	Allegato	36
	Lettera modello per una dichiarazione di affiliazione	37

Premessa della mediatrice

Stimati lettori,
stimati assicurati

Il Rapporto annuale 2022 è l'ultimo sotto la mia guida. Dopo 10 anni di attività come direttrice dell'Ufficio di mediazione cederò il mio incarico a metà del 2023 alla mia supplente, signora Susanne Müller Ineichen, e andrò in pensione.

Ho deciso di occuparmi di un argomento che da anni costituisce un tema importante ricorrente per l'Ufficio di mediazione. Si tratta della conclusione di un contratto di assicurazione e del cambiamento di assicuratore nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel senso della LAMal e dell'assicurazione complementare secondo la LCA.

Questo rapporto annuale non pretende di essere completo. Il suo scopo è solo quello di aiutare tutte le persone interessate a stipulare autonomamente una nuova polizza assicurativa o a cambiare assicuratore senza l'aiuto di terzi.

In questa occasione, vorrei cogliere già ora l'occasione di ringraziare di cuore tutte le mie collaboratrici e tutti i miei collaboratori per il loro splendido appoggio e il Consiglio di fondazione per il sostegno nel corso di tutti questi anni. Desidero inoltre ringraziare i nostri interlocutori presso le assicurazioni malattie e l'Istituzione comune LAMal per l'ottima collaborazione.

Vi auguro una lettura densa di informazioni.

Morena Hostettler Socha
Lucerna, aprile 2023

Schaad



Fonte: Felix Schaad, 3 aprile 2017, Tagesanzeiger

I | Parte generale

1 | Ufficio

L'Ufficio di Lucerna nell'anno in esame era composto dalla Mediatrice (Morena Hostettler Socha), dalla sua supplente (Susanne Müller Ineichen), da quattro giuristi (Lorena Tronto, Caroline Maetzler, Caroline Stocker e Lukas Götz) e da due esperti di comprovata esperienza in assicurazione malattie (Charles Lorétan ed Eliane Brechbühl). Al 31 dicembre 2022, l'organico era pari al 640%.



Il 2022 è stato un anno di grandi cambiamenti. Dal novembre 2022 l'Ufficio di mediazione ha un nuovo logo. Nel contempo l'intero sistema informatico è stato sostituito da un nuovo sistema, che consente l'intera digitalizzazione dei flussi di lavoro e dei processi. Anche il sito web è stato completamente rivisto nell'anno in esame. L'Ufficio di mediazione dispone ora di un nuovo sito web moderno, compatibile con gli smartphone e che consente agli assicurati di contattarlo più facilmente tramite un modulo web. Anche gli allegati possono essere caricati, tramite un canale sicuro, utilizzando il modulo web.

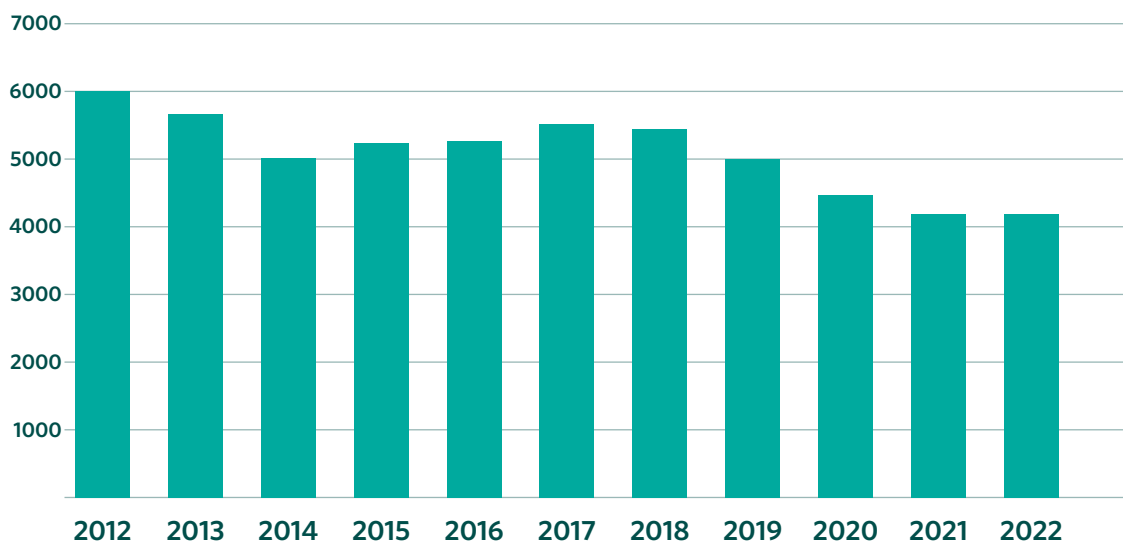
2 | Consiglio di fondazione

Nell'anno in esame il Consiglio di fondazione era così composto: Heinz Brand, Presidente; Gabriella Chiesa Tanner, Vicepresidente; Andrea Azzola; Joy Demeulemeester; Nikolai Dittli; Jean-François Steiert; Ursula Schafroth Stoller.

Il Consiglio della Fondazione si è riunito il 26 aprile 2022 per esaminare e approvare il bilancio annuale 2021 e adottare il rapporto annuale 2021. Il 24 novembre 2022 si è riunito nuovamente per trattare il preventivo 2023 e per discutere l'esercizio finanziario in corso. Inoltre, Susanne Müller Ineichen, finora supplente della signora Morena Hostettler Socha, è stata eletta - dopo una procedura di selezione tramite concorso - nuova mediatrice a partire dal 1° agosto 2023.

3 Cifre relative allo sviluppo dei casi

Sviluppo dei casi dal 2012 fino al 2022



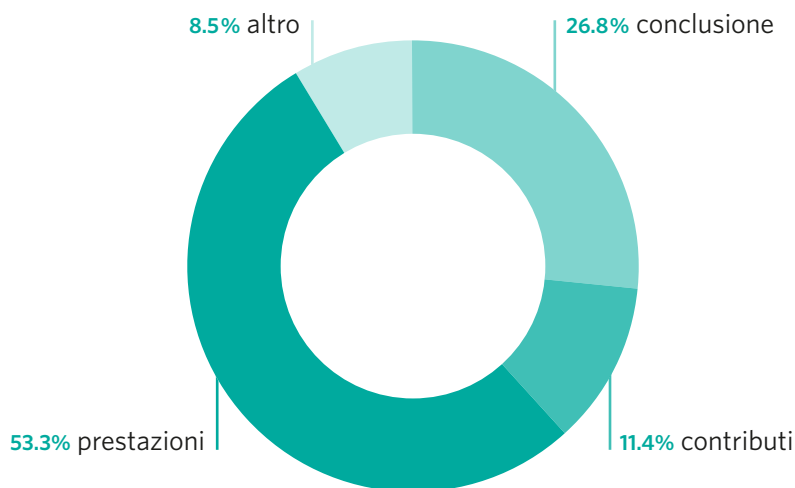
La costante tendenza alla diminuzione del numero di casi dall'inizio della pandemia è proseguita nella prima metà del 2022. A partire dal 1° luglio 2022 si è verificata una radicale inversione di tendenza e il numero di casi è tornato ad aumentare sensibilmente. Le ragioni sono molteplici.

Nel corso del 2022 i media hanno avvertito ripetutamente gli assicurati, molto prima della pubblicazione dei premi validi per il 2023 da parte della Confederazione, che erano d'attendersi massicci aumenti dei premi. Questo ha spinto numerosi assicurati a cambiare assicuratore prima ancora che i premi venissero annunciati. Retrospectivamente circa il 25% degli assicurati ha cambiato assicuratore malattie. Poiché questi cambiamenti non avvengono sempre senza problemi, l'Ufficio di mediazione se ne è accorto già prima della fine dell'anno con un aumento delle richieste di informazioni.

Dal 1° gennaio 2022 sono entrate nel contempo in vigore diverse modifiche della legge (ad esempio, nuove prestazioni nell'assicurazione di base [come nel settore della podologia] o la revisione della LCA). Questo ha portato a numerose richieste di informazioni all'Ufficio di mediazione. Lo stesso vale per l'autorizzazione accordata agli psicologi psicoterapeuti di esercitare a partire dal 1° luglio 2022 la loro professione in modo indipendente e per conto proprio previa prescrizione medica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, e per i problemi di diritto transitorio che ciò comporta.

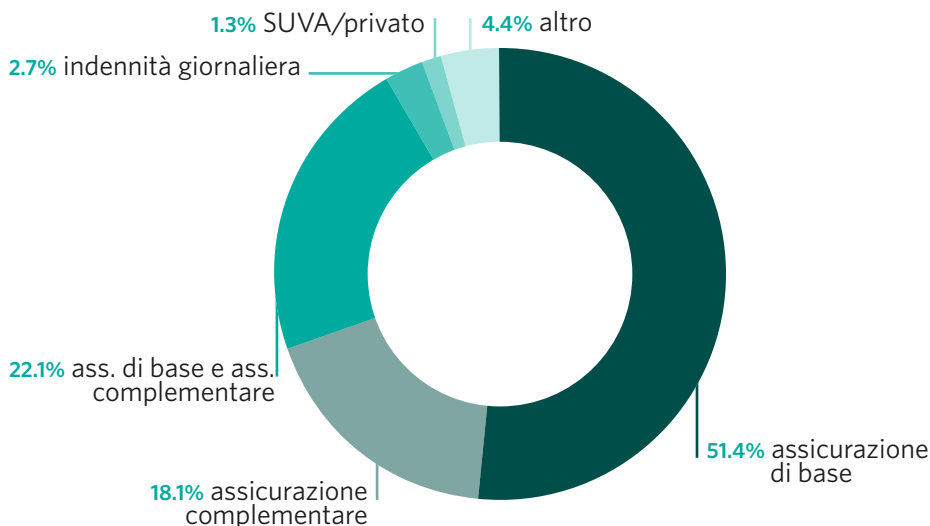
3.1 Entrate per materia

Nell'anno di riferimento 2022 l'Ufficio di mediazione ha ricevuto 4190 casi (2021: 4176). Ciò corrisponde a un aumento di 14 casi rispetto all'anno precedente. La tendenza al ribasso degli ultimi due anni si è quindi arrestata per il momento. La ripartizione per materie mostra i dati seguenti: 2235 pratiche nel settore delle prestazioni assicurative (2021: 2133), 1121 nell'ambito della conclusione o del cambio di assicurazione (2021: 1090) e 478 in materia di premi/contributi (2021: 557). I restanti 356 casi riguardavano questioni varie (2021: 313).



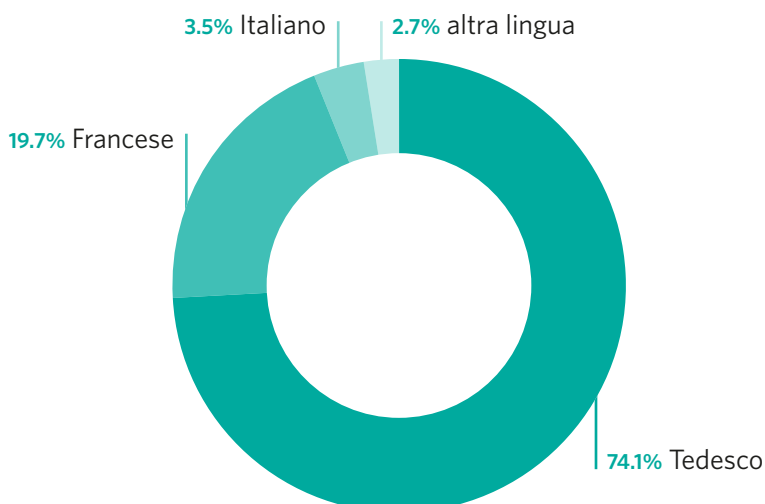
3.2 Entrate per ramo d'assicurazione

2155 casi riguardavano l'assicurazione di base (2021: 2224), 757 casi solo l'assicurazione complementare (2021: 769), 926 casi entrambe le assicurazioni (2021: 855). L'assicurazione per l'indennità giornaliera è stata il tema principale in 112 casi (2021: 98). In 57 casi abbiamo dovuto indirizzare l'assicurato all'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA (2021: 67). I restanti 183 casi hanno riguardato richieste di informazioni che non erano correlate all'assicurazione malattie, ma per lo più riguardavano altre assicurazioni sociali (AI, AVS, LAINF, AD).



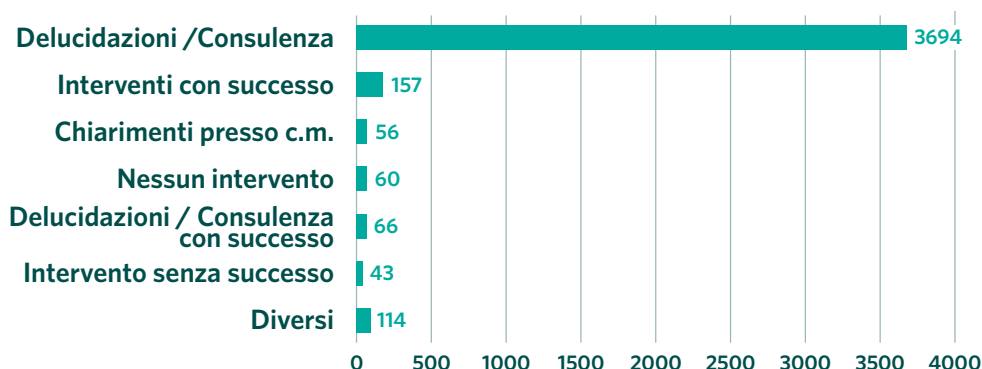
3.3 Entrate per lingua

Il tedesco ha registrato 3106 entrate (2021: 3067), il francese 827 (2021: 876), l'italiano 148 (2021: 203) e altre lingue (principalmente l'inglese) 109 (2021: 30).



3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione

In 3694 casi, risp. nel 88% dei casi, l'Ufficio di mediazione ha potuto confermare la decisione dell'assicuratore e spiegarla all'assicurato (2021: 3844). In 200 casi, l'Ufficio di mediazione ha presentato all'assicuratore malattie una domanda di riesame della decisione contestata dall'assicurato (2021: 239) e ha avuto successo 157 volte (2021: 185), il che corrisponde a una quota di successo del 78,5% (2021: oltre il 77%). In 60 casi l'Ufficio di mediazione non è intervenuto (ad esempio se era stata emessa una decisione e quindi era già stata intrapresa un'azione giudiziaria). In 56 casi abbiamo chiesto all'assicuratore solo i documenti che non abbiamo ricevuto dagli assicurati a causa di problemi linguistici o di età (2021: 40). In 66 casi l'Ufficio di mediazione è stato in grado di spiegare all'assicurato la situazione legale in modo tale da metterlo in condizione di risolvere da solo il suo problema con l'assicuratore (2021: 53). 114 casi sono stati registrati sotto la voce «Diversi» (ad esempio quando, durante una richiesta telefonica, l'assicurato ha dichiarato di avere un'assicurazione di protezione giuridica o voleva solo parlare della politica sanitaria federale in generale).



4 | Modalità di esecuzione dell'attività di mediazione

Quest'anno vorremmo presentare ancora una volta i compiti e le attività dell'Ufficio di mediazione. Spesso le persone si rivolgono all'Ufficio di mediazione con temi che non rientrano nelle sue competenze. Ad esempio, gli assicurati pensano erroneamente che l'Ufficio di mediazione sia un rappresentante legale gratuito a cui poter dare istruzioni, oppure lo confondono con un tribunale, con conseguente interruzione dei termini di ricorso. I fornitori di prestazioni, ma anche altre istituzioni e parti interessate, lo considerano un organo di informazione giuridico o un esperto le cui opinioni possono essere utilizzate anche a livello politico. Anche i dipendenti degli assicuratori malattie, a quanto pare, non hanno sempre corretta nozione dei casi in cui possono indirizzare i loro assicurati all'Ufficio di mediazione e in quali no. Secondo lo statuto della fondazione e il regolamento che lo accompagna, il compito principale dell'Ufficio di mediazione è quello di risolvere le incomprensioni tra gli assicurati e i loro assicuratori e di mediare le soluzioni in caso di disaccordo.

4.1 Quando è competente in un caso l'Ufficio di mediazione?

L'Ufficio di mediazione è competente quando vi è un rapporto assicurativo nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel senso della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e/o un contratto nell'ambito dell'assicurazione complementare secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Le parti coinvolte devono essere persone che dispongono di una copertura assicurativa contro le malattie e assicuratori autorizzati all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie riconosciuti nel senso degli articoli da 2 a 5 della Legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (LVAMal). Nel contesto dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i seguenti temi sono di particolare interesse per gli assicurati:

- » obbligo assicurativo (affiliazione, esenzione, sospensione)
- » forme particolari d'assicurazione (franchigie opzionali, assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, ecc.)
- » cambiamento di cassa
- » prestazioni (in caso di malattia, infortunio [solo sussidiario], maternità)
- » prestazioni all'estero
- » cure dentarie

- » premi e partecipazioni ai costi
- » incasso
- » assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa
- » protezione dei dati (dovere di collaborazione, consultazione degli atti, ecc.).

Nell'ambito delle assicurazioni complementari nel senso della LCA, vengono trattati principalmente i seguenti argomenti:

- » proposta d'assicurazione
- » reticenza
- » incasso
- » prestazioni
- » prescrizione
- » giustificazione della pretesa assicurativa da parte dell'avente diritto
- » assicurazione d'indennità giornaliera
- » obbligo di ridurre il danno
- » doppia assicurazione, ecc.

4.2 Quando l'Ufficio di mediazione non può intervenire?

Le possibilità di intervento dell'Ufficio di mediazione sono limitate: se l'assicuratore ha già emesso una decisione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, la via giudiziaria è aperta e la mediazione dell'Ufficio di mediazione non è più possibile. In linea di principio, l'Ufficio di mediazione non fornisce valutazioni sulle prospettive di un contenzioso o consigli su come procedere nei procedimenti giudiziari pendenti. L'Ufficio di mediazione non è competente nei seguenti casi:

- » nelle controversie tra i fornitori di prestazioni e i loro pazienti se, ad esempio, si tratta di questioni relative alle cure o alla responsabilità civile. In questo caso, gli assicurati devono essere indirizzati all'Ufficio di mediazione per i medici (di solito nel loro cantone di domicilio) o a un'organizzazione di pazienti o a un avvocato specializzato.
- » In caso di disaccordo tra enti pubblici e cittadini in materia di riduzioni di premi o di prestazioni complementari. A dipendenza del cantone o della città, vi sono Uffici di mediazione di diritto pubblico a cui ci si può rivolgere.
- » In caso di valutazioni divergenti da parte di singoli enti (ad esempio i servizi sociali) che non concordano sulla ripartizione dei premi non ancora versati.
- » Per la verifica dei premi dell'assicurazione obbligatoria di base o di quella complementare approvati. Gli assicuratori malattie possono applicare solo premi approvati e quindi vincolanti, il cui calcolo non può essere messo in discussione dall'Ufficio di mediazione. Esso può solo intervenire se qualcuno è stato classificato in modo errato all'interno di una tariffa approvata.

- » In caso di comportamento scorretto di intermediari assicurativi non vincolati per i quali l'assicuratore stesso non è responsabile. In tutti questi casi, l'Ufficio di mediazione si limita a fornire brevi informazioni e consigli.

4.3 Chi può far capo ai servizi dell'Ufficio di mediazione e come deve procedere?

In primo luogo, gli assicurati contattano personalmente l'Ufficio di mediazione. Nella maggior parte dei casi lo fanno per telefono o utilizzando il modulo web del nostro sito www.om-kv.ch, che può essere utilizzato anche per caricare documenti in modo sicuro.

Sempre più spesso, l'Ufficio di mediazione viene interpellato anche da fornitori di prestazioni e servizi sociali che sostengono i loro pazienti e clienti che hanno difficoltà con il loro assicuratore. Se i pazienti o i clienti lo richiedono espressamente, l'Ufficio di mediazione entra nel merito anche di queste richieste. Tuttavia, non è suo compito sostituirsi ad altre organizzazioni o interferire nelle controversie sulle politiche tariffarie tra fornitori di prestazioni e assicuratori. Per questo ci sono altre autorità competenti. L'Ufficio di mediazione reagisce quindi con cautela alle richieste degli assicurati che vengono assistiti dai servizi sociali e si limita a fornire informazioni giuridiche verbali. L'Ufficio di mediazione viene contattato molto spesso anche dai fiduciari a nome e per conto dei loro clienti. Anche in questo caso, l'Ufficio di mediazione opera con riserbo. Dopo tutto, il suo servizio gratuito dovrebbe andare a beneficio degli assicurati e non delle imprese che guadagnano con la consulenza.

4.4 Cosa accade, quando l'assicurato dispone di un'assicurazione di protezione giuridica o è rappresentato da un avvocato?

L'Ufficio di mediazione non si attiva se gli assicurati hanno diritto ai servizi di un'assicurazione di protezione giuridica o sono già rappresentati da un avvocato. Purtroppo, però, capita spesso che le assicurazioni di protezione giuridica, invece di fornire il servizio assicurato (consulenza legale e rappresentanza da parte di un avvocato), indirizzino gli assicurati direttamente all'Ufficio di mediazione affinché li aiuti gratuitamente. Questi assicurati hanno quindi pagato i premi alla loro assicurazione di protezione giuridica per una prestazione che ora di fatto non viene fornita. La Fondazione Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA a Zurigo, a cui sono affiliati praticamente tutti gli assicuratori di protezione giuridica, è responsabile delle controversie relative alle pretese nei confronti degli assicuratori di protezione giuridica.

4.5 Cosa possono attendersi gli assicurati dall'Ufficio di mediazione?

Gli assicurati ottengono una valutazione dei loro problemi e un supporto per risolverli se non riescono a trovare una soluzione con il loro assicuratore malattive. Le questioni vengono esaminate in dettaglio. Se necessario, l'Ufficio di mediazione interviene diret-

tamente presso l'assicuratore malattie. La maggior parte degli interventi e delle prese di posizioni sono effettuati per iscritto. Se la questione è urgente, in casi eccezionali gli assicuratori vengono contattati anche per telefono o per mail. L'Ufficio di mediazione dispone di una persona di contatto presso ogni assicuratore che riceve direttamente le sue richieste, le esamina internamente e risponde. Se l'Ufficio di mediazione ritiene che l'assicurato sia in errore, gli spiega le disposizioni legali e contrattuali e la giurisprudenza. Esso spiega il sistema assicurativo e fornisce consigli su come evitare ulteriori malintesi.

4.6 L'Ufficio di mediazione può influenzare la politica aziendale degli assicuratori malattie?

L'attività dell'Ufficio di mediazione si fonda sul singolo caso concreto e sul diritto e sulla giurisprudenza in vigore. L'Ufficio di mediazione non è un'autorità di vigilanza sugli assicuratori malattie e non può impartire loro istruzioni, né in generale né sul singolo caso. Il suo compito consiste nella mediazione, ma ciò richiede la fiducia fondamentale dell'assicurato e dell'assicuratore. Il regolamento della fondazione autorizza l'Ufficio di mediazione a informare le associazioni di categoria delle assicurazioni malattie o il pubblico se si accumulano reclami da parte degli assicurati in un ambito specifico. Tuttavia, l'Ufficio di mediazione contatta preliminarmente l'assicuratore interessato e propone direttamente dei miglioramenti. In questo modo, l'Ufficio di mediazione è al servizio della garanzia di qualità nel settore e può effettivamente influenzare la politica aziendale degli assicuratori in determinati ambiti. Regolarmente l'Ufficio di mediazione contatta la direzione delle assicurazioni malattie e segnala, ad esempio, che vi è un aumento di situazioni problematiche. Di regola, gli assicuratori accolgono con favore questi interventi e sono disposti a collaborare per trovare soluzioni non burocratiche.

II | Casistica

5 | L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal

5.1 Stipulazione del contratto conformemente alla LAMal

La stipulazione pura e semplice (senza cambiamento di assicuratore) di solito riguarda solo il neonato o una persona proveniente dall'estero che si stabilisce in Svizzera.

L'art. 3 cpv.1 LAMal stabilisce che ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera.

Quando nasce un bambino, è bene osservare che solo i costi delle cure e della degenza di un neonato sano sono coperti dall'assicurazione della madre per tutto il tempo in cui questa è degente in ospedale (art. 29 cpv. 2 lett. d LAMal). Poiché durante il parto possono insorgere complicazioni, è consigliabile che anche il neonato abbia la sua assicurazione malattie obbligatoria al momento della nascita. Inoltre, gli esami di controllo del bimbo effettuati dopo la degenza in ospedale saranno coperti solo se è stata stipulata una polizza assicurativa per lui entro tre mesi dalla nascita.

Il nostro consiglio: i genitori dovrebbero preparare una dichiarazione scritta di affiliazione per il proprio figlio prima della nascita, da completare solo con il nome e la data di nascita del bambino e da inviare all'assicuratore non appena è nato. Per motivi di prova, questa dichiarazione deve essere inviata per lettera raccomandata o per Posta A Plus. Anche nell'ambito delle assicurazioni complementari l'iscrizione prenatale è utile per poter evitare in seguito delle esclusioni per motivi di salute. Va aggiunto che di regola gli assicuratori non offrono per tutti i loro prodotti assicurativi un'ammissione senza riserve.

Nel caso in cui una persona che desidera affiliarsi provenga dall'estero e si stabilisca in Svizzera, è bene notare che la prima iscrizione a un assicuratore malattie riconosciuto in Svizzera ha la precedenza su qualsiasi successiva dichiarazione di affiliazione a un altro assicuratore.

Per stipulare il contratto, è sufficiente che la persona che desidera affidarsi dichiari la propria affiliazione a un'assicurazione malattie riconosciuta dal diritto svizzero (cfr. www.priminfo.ch) (per motivi di prova, tramite lettera raccomandata o Posta A Plus). Oltre a nome, cognome, data di nascita e indirizzo, essa deve comunicare all'assicuratore la franchigia desiderata, la copertura infortuni e le modalità di pagamento del premio, nonché le coordinate bancarie o postali.

Se una persona desidera entrare in Svizzera nel corso dell'anno civile, può sottoscrivere solo l'assicurazione standard, che prevede una franchigia di fr. 300.- per gli adulti (art. 64 cpv. 2 lett. a LAMal e art. 103 cpv. 1 OAMal) e di fr. 0.- per i bambini (art. 64 cpv. 4 LAMal). La scelta di una franchigia più alta può essere effettuata solo all'inizio di un anno civile (art. 94 cpv. 1 OAMal).

La copertura contro gli infortuni è necessaria solo per le persone che non esercitano un'attività lavorativa (ad esempio bambini, casalinghe o casalinghi, pensionati) o per le persone che esercitano un'attività lavorativa a tempo parziale e che lavorano meno di otto ore a settimana per lo stesso datore di lavoro, nonché per i lavoratori indipendenti che non hanno sottoscritto un'assicurazione volontaria contro gli infortuni nel senso dell'art. 4 LAINF (cfr. art. 1a cpv. 2 lett. b LAMal).

I premi devono essere pagati in anticipo e mensilmente (art. 90 OAMal). Tuttavia, su richiesta dell'assicurato, l'assicuratore può fatturare anche ogni due mesi o semestralmente o annualmente.

Un modello di lettera per la dichiarazione di affiliazione, che potrebbe dover essere adattato individualmente (ad esempio per quanto riguarda la copertura infortuni e/o l'istituto finanziario), è allegato a questo rapporto annuale.

Caso 1 Affiliazione

Una straniera si è stabilita in Svizzera e si è annunciata all'Ufficio controllo abitanti. Le è stato detto che doveva sottoscrivere un'assicurazione per le cure medico-sanitarie con una compagnia riconosciuta in Svizzera entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio. Tuttavia, l'assicuratore a cui si è rivolta le ha detto che sarebbe stato impossibile affiliarla finché non avesse avuto l'autorizzazione di soggiorno. Quando finalmente è riuscita a presentare tale autorizzazione all'assicuratore, l'autorità cantonale incaricata di garantire il rispetto dell'obbligo assicurativo l'aveva già assegnata forzatamente a un altro assicuratore mediante decisione. La donna si è trovata così a essere doppiamente assicurata, circostanza che secondo lei non era ammissibile a causa del divieto di doppia assicurazione che vige nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Tuttavia, nessuno degli assicuratori voleva lasciarla andare: il primo sosteneva che la donna aveva presentato per prima la sua dichiarazione di affiliazione da lui e quindi a suo parere aveva la priorità, mentre il secondo invocava la decisione dell'autorità che doveva rispettare. Sono trascorsi mesi e l'assicurata è stata escussa in via esecutiva fino a quando l'ufficio d'esecuzione le ha consigliato di rivolgersi all'Ufficio di mediazione.

Le abbiamo confermato che la doppia assicurazione è vietata in ambito LAMal (DTF 130 V 448 consid. 3.1). Poiché anche un nostro intervento diretto non sarebbe servito a nulla, le abbiamo consigliato di contattare l'autorità cantonale responsabile dell'osservanza dell'obbligo d'assicurazione, di presentare una richiesta di annullamento dell'ordine di affiliazione obbligatoria e di spiegare che si era già annunciata alla sua assicurazione malattie prima dell'emanazione della decisione e che poteva anche dimostrarlo. Pertanto, l'assicuratore da lei scelto aveva la priorità. Non importava che l'assicuratore non l'avesse affiliata subito dopo l'annuncio. L'assicurata ha seguito il nostro consiglio e ha avuto successo. L'autorità competente ha revocato l'ordine di affiliazione obbligatoria e l'assicuratore a cui era stata affiliata obbligatoriamente ha dovuto rinunciare ad essa. Senza questa decisione di cancellazione, l'assicuratore incaricato dall'autorità di effettuare l'affiliazione obbligatoria non avrebbe avuto il diritto di annullare il contratto di propria iniziativa.

Il caso descritto (anche con diverse varianti) non è un caso isolato. Ci chiediamo pertanto perché gli assicuratori continuino a rifiutare le persone che vogliono iscriversi quando non possono esibire il permesso di dimora o altri documenti di polizia. Il legislatore prevede infine l'assicurazione obbligatoria solo per le persone domiciliate in Svizzera (art. 3 cpv. 1 LAMal combinato con l'art. 1 cpv. 1 OAMal). Non sono richiesti altri requisiti, come già confermato dalla giurisprudenza del Tribunale federale.

«Il domicilio civile di una persona, a cui fa riferimento l'art. 1 cpv. 1 OAMal, è il luogo in cui essa dimora con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente (art. 23 cpv. 1 CC) e che è diventato il centro dei suoi interessi vitali. Di conseguenza, per stabilire il domicilio devono essere soddisfatte due caratteristiche: una oggettiva esterna, la dimora, e una soggettiva interna, l'intenzione di stabilirsi in modo durevole. Secondo la giurisprudenza decisiva non è l'intenzione interna, ma piuttosto le circostanze che possono essere dedotte dall'insieme di tutti gli elementi oggettivi riconoscibili (DTF 133 V 309 consid. 3.1. pag. 312; 125 V 76 consid. 2a pag. 77; ciascuno con riferimenti). Rilevante è pertanto il luogo in cui si trova il centro delle relazioni vitali. Di regola si tratta del luogo dove si abita, ossia del luogo in cui la persona in questione dorme, trascorre il suo tempo libero, conserva i suoi effetti personali e di solito dispone di un collegamento telefonico e di un indirizzo postale. L'intenzione riconoscibile dall'esterno deve essere finalizzata a una dimora permanente, cioè nel senso di «fino a nuovo avviso». Tuttavia, l'intenzione di lasciare ulteriormente un luogo in un momento successivo non esclude la possibilità di costituire un valido domicilio. Il domicilio di una persona, stabilito che sia, continua a sussistere in un luogo fino a quando non ne viene acquisito un altro (art. 24 cpv. 1 CC; sentenza [del Tribunale federale delle assicurazioni] P 21/04 dell'8 agosto 2005 consid. 4.1.1 con riferimenti, in SVR 2006 EL n. 7 pag. 25 con riferimenti). **In particolare, non è rilevante se la persona è in possesso di un'autorizzazione di soggiorno o di un permesso di polizia straniero** (DTF 129 V 77 consid. 5.2 pag. 79; 125 V 76 consid. 2a pag. 78 con riferimenti; sentenza 9C_98/2017 del 9 giugno 2017 consid. 3.3)». (Sentenza 9C_546/2017 del 30 aprile 2018 consid. 3.2).

Raccomandazione: se un assicuratore - nonostante la giurisprudenza costante del Tribunale federale - rifiuta di affiliare una persona disposta ad aderire perché l'autoriz-

zazione di soggiorno o simili sono ancora in sospeso, allora questa persona dovrebbe inviare una dichiarazione di affiliazione per lettera raccomandata (o per Posta A Plus) all'assicuratore desiderato, riconosciuto dalla legge sull'assicurazione malattie (cfr. esempio di lettera modello in allegato) entro i tre mesi dall'acquisizione del domicilio richiesto dalla legge. Non si deve inoltre dimenticare di fare una copia sia della lettera che della ricevuta postale della raccomandata (quest'ultima ingiallisce rapidamente e diventa illeggibile dopo qualche mese). In questo modo vi sarà tutela nei confronti delle autorità responsabili dell'osservanza dell'obbligo d'assicurazione. Nel contempo il diritto alle prestazioni è garantito anche retroattivamente dalla data di acquisizione del domicilio e non è dovuto alcun supplemento di premio in caso di affiliazione tardiva (art. 5 cpv. 2 LAMal combinato con l'art. 8 OAMal).

Resta da aggiungere che dopo aver ricevuto la dichiarazione d'adesione, l'assicuratore deve chiarire se, risp. da quando, esiste un domicilio in Svizzera. Inoltre, deve verificare se l'assicurato che desidera aderire all'assicurazione di base non si è recato in Svizzera solo per ricevere delle cure mediche (parola chiave: turismo sanitario, art. 2 cpv. 1 lett. b OAMal).

Caso 2 Sospensione della copertura di infortuni

Un immigrato dall'estero aveva stipulato per tempo, nel terzo mese successivo alla presa di domicilio in Svizzera, un'assicurazione malattie con un assicuratore autorizzato. Ha potuto informare l'assicuratore che disponeva di un'assicurazione contro gli infortuni, tramite il suo datore di lavoro, solo quando si è affiliato all'assicuratore malattie. Non riusciva a capire perché la sospensione della copertura contro gli infortuni non potesse iniziare al momento dell'acquisizione del domicilio in Svizzera, come nel caso dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Abbiamo innanzitutto spiegato all'assicurato l'art. 8 LAMal e l'art. 11 cpv. 1 OAMal, secondo i quali la sospensione doveva avvenire su richiesta scritta dell'assicurato e sarebbe iniziata non prima del primo giorno del mese successivo alla richiesta. Di conseguenza, non esiste un automatismo per la sospensione della copertura per infortuni.

Le nostre indagini presso l'autorità di vigilanza competente hanno inoltre rivelato che l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), sulla base dell'art. 8 LAMal e della chiara formulazione dell'art. 11 cpv. 1 dell'OAMal, ha sempre negato qualsiasi eccezione per la sospensione retroattiva della copertura infortuni. L'UFSP intende continuare a seguire questa prassi, anche se l'assicurato non è responsabile del ritardo. In linea con una prassi coerente, l'Ufficio federale ha adottato la stessa posizione anche nel caso del nuovo arrivato dall'estero che è stato assicurato retroattivamente. Abbiamo informato l'assicurato di questo.

5.2 Cambiamento di cassa

Anche il **cambiamento di cassa** è ripetutamente oggetto di richieste di informazioni al nostro Ufficio di mediazione, perché non tutti sono a conoscenza del momento in cui il cambiamento è considerato **legalmente valido**.

Questo è il caso **se le quattro le condizioni di seguito elencate sono cumulativamente realizzate**:

1. **la disdetta** dell'assicurato è giunta tempestivamente al precedente assicuratore.
2. Il nuovo assicuratore ha ricevuto **la dichiarazione di affiliazione** dal futuro assicurato.
3. Il nuovo assicuratore ha notificato a quello precedente che la persona che desidera affidarsi è assicurata con esso senza interruzione della protezione assicurativa. Questa comunicazione è la cosiddetta **attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore** (cfr. art. 7 cpv. 5 LAMal).
4. La persona che desidera aderire al nuovo assicuratore ha pagato tempestivamente gli eventuali importi arretrati, per i quali sono stati inviati solleciti fino al mese precedente lo scadere del termine di disdetta.

Con riferimento a ciascuna di queste quattro condizioni, si discuteranno in seguito casi che hanno impegnato l'Ufficio di mediazione e che dimostrano come si possa giungere a cambiamenti di cassa non riusciti.

Condizione 1 | Disdetta con preavviso tempestivo

Innanzitutto, è necessario distinguere tra disdetta ordinaria e straordinaria. La prima ha luogo di regola per la fine dell'anno civile, con un preavviso di tre mesi (art. 7 cpv. 1 LAMal); la seconda al momento della notifica dei nuovi premi, alla fine del mese che precede la validità del nuovo premio, con un preavviso di un mese (art. 7 cpv. 2 LAMal).

Questi termini non devono essere rispettati in caso di trasferimento di domicilio al di fuori dell'area di attività dell'assicuratore (se, ad esempio, l'assicuratore opera solo nel Canton Vallese) o in caso di cambiamento del posto di lavoro (se, ad esempio, il datore di lavoro obbliga tutti i nuovi dipendenti a sottoscrivere l'assicurazione collettiva dell'azienda). In tali casi, l'assicurato deve lasciare l'assicuratore perché l'affiliazione termina per legge al momento del trasferimento di domicilio o dell'inizio dell'attività presso il nuovo datore di lavoro (art. 7 cpv. 3 LAMal).

Caso 3 Licenziamento poco prima della scadenza del preavviso di disdetta

Una persona assicurata voleva disdire la sua assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per la fine dell'anno. Venerdì 28 novembre ha spedito la lettera (per motivi di prova) per raccomandata allo sportello postale. L'assicuratore le ha successivamente comunicato che la lettera di disdetta era arrivata solo il lunedì successivo, il 1° dicembre, ed era quindi in ritardo. Pertanto, non ha potuto cambiare assicuratore il 1° gennaio come previsto. Le indagini dell'assicurata hanno rivelato che l'impiegato responsabile dell'ufficio postale aveva inserito la raccomandata nella casella postale riservata all'assicuratore il 29 novembre. Voleva quindi sapere da noi se il rifiuto della disdetta al 31 dicembre fosse legale.

Nel caso in esame, la comunicazione di rifiuto dell'assicuratore era corretta per i seguenti motivi:

La dichiarazione di disdetta è un diritto unilaterale di risoluzione del contratto soggetta a ricezione e produce effetti solo quando raggiunge la sfera di influenza del destinatario. Non può esplicare tale effetto nel caso di consegna a una casella postale, soprattutto nel caso della raccomandata, la quale viene consegnata solo contro firma del destinatario. Per questo motivo, il termine di preavviso si considera rispettato solo quando la lettera di disdetta viene ricevuta dall'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno lavorativo prima della scadenza del termine legale durante il normale orario di lavoro. Di conseguenza, **è determinante la data di ricezione e non il timbro postale.**

Per quanto riguarda le lettere raccomandate, è bene ricordare che le stesse si considerano consegnate al più tardi il settimo giorno successivo dopo il primo infruttuoso tentativo di recapito (cfr. art. 38 cpv. 2bis LPGA). Pertanto, consigliamo sempre agli assicurati di inviare le comunicazioni inviate per raccomandata al più tardi 10 giorni prima della scadenza del termine di preavviso.

Nel caso in rassegna, nemmeno la consegna della disdetta tramite Posta A Plus sarebbe stata utile, perché il sabato non rientra nell'orario di lavoro abituale di un assicuratore.

Raccomandazione: consigliamo a chi decide di disdire, con breve preavviso, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, di presentare la disdetta scritta in duplice copia allo sportello della filiale più vicina dell'assicuratore e di chiedere a uno degli impiegati presenti una conferma di ricezione. Questa conferma viene apposta su una delle due copie della disdetta portate dal dipendente interpellato, che vi aggiunge il luogo e la data, nonché la propria firma con il timbro dell'assicuratore e la riconsegna all'assicurato. L'assicuratore conserva l'altra copia.

Caso 4 Disdetta da parte di terzi

L'intermediario assicurativo o il nuovo assicuratore si offre abitualmente di inoltrare la disdetta all'assicuratore precedente. Al più tardi quando l'assicurato, nel nuovo anno,

riceve le fatture dei premi sia dal precedente che dal nuovo assicuratore, egli si rende conto che qualcosa deve essere andato in modo errato.

Se la disdetta viene inoltrata troppo tardi o non viene presentata affatto, non è più possibile cambiare l'assicuratore malattie alla data desiderata.

Raccomandazione: In questo caso consigliamo all'assicurato di fare immediatamente le dovute ricerche presso il precedente assicuratore, che può fornire informazioni sulla ricezione della disdetta e se l'ha ricevuta o meno.

Se il nuovo assicuratore o il suo agente assicurativo (intermediario assicurativo vincolato) – nonostante la promessa – ha inviato la disdetta all'assicuratore precedente in ritardo o non l'ha inviata affatto, allora ha impedito all'assicurato di cambiare assicuratore ed è tenuto a pagargli un risarcimento (applicazione per analogia dell'art. 7 cpv. 5 LAMal). Il danno consiste solitamente nella differenza di premio per il nuovo anno o, in alcuni casi, anche nella differenza del tasso di franchigia se l'assicurato (ad esempio a causa di un'operazione programmata a gennaio) ha ridotto il tasso di franchigia con il nuovo assicuratore a fr. 300.- e si ritrova con un tasso di franchigia elevato a causa dell'impedito cambio di assicuratore.

Se invece l'intermediario assicurativo non è vincolato, il danneggiato non può ritenere l'assicuratore responsabile della sua condotta. Può solo chiedere un risarcimento all'intermediario assicurativo o al suo datore di lavoro (ditta di intermediazione) con un'azione civile.

Dal 1° gennaio 2021 gli assicurati hanno anche la possibilità di rivolgersi alla «Commissione di Vigilanza Accordo settoriale sugli intermediari» per presentare un reclamo sulla condotta di un intermediario (www.inter-meglio.ch). Questa Commissione vigila sul rispetto dell'accordo settoriale da parte delle assicurazioni malattie che vi hanno aderito per quanto riguarda gli intermediari. Crea maggiore certezza giuridica a favore degli assicurati mediante misure vincolanti in materia di qualità e trasparenza. La Commissione di Vigilanza può condannare gli assicuratori a cospicue multe e lo ha già fatto, ma non concede alcun risarcimento agli assicurati danneggiati. La sanzione all'assicuratore aiuta a garantire l'adozione di misure contro gli intermediari assicurativi che non rispettano gli obiettivi dell'accordo di settore.

Raccomandazione: per quanto sia seducente l'offerta degli assicuratori o le ditte di intermediazione di volersi occupare di tutto, si dovrebbe sempre dare personalmente la disdetta e, per poterla provare, inviarla tramite raccomandata o Posta A Plus. In questo modo si potrà tenere traccia del cambiamento di assicuratore e non si dovranno più cercare successivamente le prove di una disdetta eseguita.

Talvolta la persona che desidera affidarsi al nuovo assicuratore può aver comunicato ad esso il nome sbagliato dell'assicuratore precedente, per cui la conferma della successiva assicurazione non arriva al destinatario. In tal caso questa persona non ha ovviamente diritto a un risarcimento danni per colpa propria.

Caso 5 Revoca della disdetta

Gli assicurati vengono regolarmente convinti dagli intermediari assicurativi a cambiare assicuratore per l'anno successivo, anche se i nuovi premi non sono ancora stati fissati. Una volta conosciuto l'importo del premio, alcuni assicurati scoprono che il premio nel loro luogo di domicilio è più caro con il nuovo assicuratore rispetto a quello precedente. Allora vogliono annullare i contratti assicurativi stipulati.

In questo caso specifico, l'assicurato ha revocato la disdetta con il precedente assicuratore in base all'art. 9 del Codice delle Obligazioni (CO). Allo stesso tempo, ha chiesto al nuovo assicuratore di annullare la nuova polizza assicurativa nel senso della LAMal. Il nuovo assicuratore non ha accettato, sostenendo che nel frattempo erano stati soddisfatti tutti e quattro i requisiti per un cambiamento di assicuratore legalmente valido e che la revoca della disdetta nel senso dell'art. 9 CO non era possibile nell'ambito del diritto delle assicurazioni sociali, che comprendeva l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel senso della LAMal.

Per quanto riguarda l'applicazione dell'art. 9 CO nell'ambito del diritto delle assicurazioni sociali, il Tribunale federale ha stabilito che questa disposizione è applicabile a tutte le dichiarazioni di volontà che sono soggette a ricezione, indipendentemente dal fatto che siano nell'ambito del diritto privato o, come nel caso in questione, del diritto pubblico (cfr. DTF 140 V 82).

Dai nostri accertamenti è emerso che la revoca della disdetta è stata ricevuta dal precedente assicuratore all'inizio di novembre. Tuttavia, l'intermediario assicurativo indipendente aveva trasmesso la disdetta dell'assicurato solo a metà novembre. Di conseguenza il precedente assicuratore è venuto a conoscenza della revoca e solo successivamente della disdetta stessa, motivo per cui la disdetta doveva essere considerata legalmente valida. Si è ritenuto pertanto che la disdetta non avesse avuto luogo. Poiché mancava uno dei quattro requisiti per un cambiamento di assicuratore legalmente valido, non si è verificato alcun trasferimento.

L'Ufficio di mediazione è intervenuto e ha dichiarato al nuovo assicuratore che, poiché la disdetta è una dichiarazione unilaterale soggetta a ricezione, l'assicurato aveva il diritto di invocare l'art. 9 CO. L'assicuratore malattie ha seguito le nostre argomentazioni e ha cancellato retroattivamente la polizza di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie stipulata.

Raccomandazione: gli assicurati non dovrebbero prendere in considerazione l'idea di cambiare assicuratore fino a quando il Consiglio federale non avrà approvato i nuovi premi. La notifica avviene solitamente nel mese di ottobre dell'anno in corso. I premi possono essere consultati e confrontati sul sito web dell'Ufficio federale della sanità pubblica: www.priminfo.ch.

Caso 6 Non è più possibile revocare la disdetta

Il precedente assicuratore aveva già ricevuto la disdetta dell'assicurato e il nuovo assicuratore era già in possesso della dichiarazione di adesione quando l'assicurato ha cambiato idea e non voleva più cambiare assicuratore. Voleva sapere da noi come poteva ancora impedire il cambiamento.

Gli abbiamo comunicato che, conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, il cambiamento di assicuratore può essere impedito con il consenso del precedente assicuratore, a condizione che quest'ultimo non abbia ancora ricevuto alcuna conferma di assicurazione successiva (cfr. capitolo 5.2, cifra 3) da parte del nuovo assicuratore (sentenza 9C_930/2010 del 22 dicembre 2010)..

Condizione 2 | Dichiarazione di affiliazione

In caso di cambiamento dell'assicuratore malattie si può anche utilizzare il modello di lettera per la dichiarazione di affiliazione riportato in fine di questo rapporto (cfr. il titolo III Allegato). Questa dichiarazione deve essere accompagnata solo da una copia della polizza attuale e da una copia della lettera di disdetta inviata al precedente assicuratore, affinché il nuovo assicuratore malattie sappia a chi inviare la conferma della successiva assicurazione (cfr. capitolo 5.2, cifra 3).

L'assicurato può anche cogliere l'occasione per valutare se desidera cambiare il proprio modello assicurativo (ad esempio, passare da un modello standard a un modello medico di famiglia o a un modello «Telmed», ecc.), per risparmiare premi assicurativi. Dovrà indicarlo nella dichiarazione di affiliazione.

Questi modelli sono tuttavia adatti solo a persone molto disciplinate. Non è dato sapere se si è davvero in grado di mantenere questa disciplina nel caso di una diagnosi grave. Improvvisamente ci si dimentica di annunciare il caso secondo il modello o di prolungare la finestra temporale concordata. Non tutti gli assicuratori sono accomodanti e assumono i costi al primo errore. Questo può essere molto costoso per l'assicurato. Il modello del medico di famiglia presenta anche delle insidie, come quando l'assicuratore esclude il medico di famiglia dalla sua lista per polipragmasia e l'assicurato ha solo la possibilità di cambiare medico, anche se era molto soddisfatto di quello precedente, o di tornare alla più costosa assicurazione standard.

Caso 7 Molteplici dichiarazioni di affiliazione per lo stesso anno

Un'assicurata aveva rescisso tempestivamente il contratto con il suo precedente assicuratore e successivamente aveva presentato una dichiarazione di affiliazione a due diversi assicuratori nello spazio di quattro settimane. Si poneva quindi la questione presso quale assicuratore fosse definitivamente assicurata. A causa del divieto di doppia assicurazione nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, si può essere assicurati con un solo assicuratore (cfr. DTF 130 V 448 consid. 3.1).

L'assicuratore che aveva ricevuto per primo la dichiarazione di affiliazione dall'assicurata non voleva lasciarla andare presso il secondo assicuratore, al quale aveva pure inviato una dichiarazione di affiliazione, anche se quest'ultimo aveva già inviato all'assicuratore precedente l'attestazione di affiliazione (cfr. capitolo 5.2, cifra 3). Il primo assicuratore ha sostenuto che non importava quando fosse stata ricevuta l'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore, ma era decisivo solo il momento in cui la dichiarazione di affiliazione dell'assicurata era giunta al nuovo assicuratore. Nel caso specifico la dichiarazione di affiliazione era stata presentata per primo al primo assicuratore, motivo per cui riteneva che l'assicurata doveva rimanere presso di lui.

L'Ufficio di mediazione si è opposto, affermando che la dichiarazione di affiliazione dell'assicurata di per sé non stabilisce generalmente un nuovo rapporto giuridico. L'unica eccezione è rappresentata dalla dichiarazione di affiliazione dei genitori per il figlio appena nato o di un immigrato in Svizzera, perché in entrambi i casi non c'era un precedente rapporto giuridico da sciogliere e un'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore era inutile a causa della mancanza di un assicuratore. Di conseguenza un cambio dell'assicuratore malattie è giuridicamente valido solo se la disdetta tempestiva, la dichiarazione di affiliazione della persona assicurata e l'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore a quello precedente sono cumulativamente date. Il passaggio dal precedente al nuovo assicuratore malattie può solo ancora essere impedito da arretrati oggetto di diffide che non sono stati pagati entro la fine dell'anno (cfr. Art. 64a cpv. 6 LAMal combinato con l'art. 105I cpv. 2 OAMal).

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, la dichiarazione di affiliazione a un nuovo assicuratore non ha di per sé alcun effetto costitutivo (cfr. sentenza 9C_490/2015 consid. 3 del 7 gennaio 2016). Di conseguenza l'unico fattore decisivo è con quale assicuratore malattie vengono prima soddisfatti i tre presupposti cumulativi (disdetta tempestiva, dichiarazione di affiliazione e attestazione di nuova assicurazione) affinché il precedente rapporto assicurativo possa essere disdetto e se ne possa instaurare uno nuovo.

Condizione 3 | Attestazione di nuova assicurazione

Il rapporto d'assicurazione termina solo se il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che assicura l'interessato senza interruzione della protezione assicurativa (art. 7 cpv. 5 LAMal).

Caso 8 Mancanza dell'attestazione di nuova assicurazione

Un assicurato ha informato l'Ufficio di mediazione di essere passato a un assicuratore più economico a partire dal 1° gennaio. Quando ha ricevuto le fatture dei premi dal suo precedente assicuratore, egli ha creduto che si trattasse di un errore e le ha semplicemente gettate via. Quando poco tempo dopo ha ricevuto un sollecito e la minaccia di esecuzione, ha chiamato il suo precedente assicuratore, che gli ha comunicato di non avere ancora ricevuto l'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore, motivo per

cui non poteva permettergli di recedere. L'assicurato, che aveva fatto tutto il necessario per cambiare assicuratore, voleva sapere da noi se la procedura del suo precedente assicuratore era corretta. Egli aveva dopo tutto già pagato i premi al nuovo assicuratore e nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vige il divieto di doppia assicurazione.

L'invio tardivo dell'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore a quello precedente non impedisce il cambiamento dell'assicuratore malattie - a differenza della disdetta tardiva - ma può comunque portare a spiacevoli conseguenze se l'assicurato non indaga sul motivo della doppia fatturazione e viene successivamente escusso in via esecutiva. È quindi importante che approfondisca la questione e chiarisca con il precedente assicuratore se, eventualmente, non ha ancora ricevuto l'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore. In tal caso dovrebbe contattare il nuovo assicuratore e informarlo. Quest'ultimo può fornire all'assicuratore precedente la prova dell'avvenuta notifica oppure deve inviare nuovamente o in un secondo momento l'attestazione di affiliazione. In nessun caso l'assicurato può inviare personalmente la notifica. Il legislatore si aspetta che i due assicuratori comunichino tra loro. Questo è l'unico modo per evitare una lacuna nella copertura dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Come detto, l'attestazione di affiliazione da parte del nuovo assicuratore non è impedita da una notifica tardiva; l'inizio della durata della nuova polizza assicurativa è però posticipato di un mese (o anche di più mesi), perché il rapporto assicurativo con il precedente assicuratore termina per legge solo quando il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che l'interessato è assicurato presso di lui senza interruzione della protezione assicurativa (art. 7 cpv. 5 LAMal).

Nel caso concreto l'affiliazione al nuovo assicuratore è stata posticipata dal 1° gennaio al 1° febbraio. L'assicurato ha dovuto comunque pagare il premio di gennaio al precedente assicuratore ed è stato rimborsato del premio di gennaio, già pagato, dal nuovo assicuratore a causa del divieto di doppia assicurazione nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Poiché l'assicurato aveva dichiarato tempestivamente l'affiliazione, il nuovo assicuratore doveva all'assicurato un risarcimento danni nel senso dell'art. 7 cpv. 5 LAMal, in particolare la differenza del premio per gennaio.

Raccomandazione: la dichiarazione di affiliazione deve essere sempre presentata tempestivamente, segnatamente al più tardi all'inizio di dicembre, affinché il nuovo assicuratore abbia il tempo sufficiente per inviare l'attestazione di affiliazione al precedente assicuratore. Se l'assicurato presenta la dichiarazione di affiliazione solo pochi giorni prima della fine dell'anno e il trasferimento non avviene il 1° gennaio per mancanza di tempo, l'assicurato non può far valere un risarcimento danni. In questo caso, l'assicurato è responsabile del ritardo.

Condizione 4 | Nessun arretrato

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della LAMal si basa sul principio dell'assicurazione individuale. Ciò significa che quando una persona si affilia all'assicurazione, solo quella persona è assicurata. I suoi diritti e doveri si basano quindi sull'affiliazione personale all'assicurazione. Non importa se le lettere, le polizze, le fatture dei premi e gli estratti conto delle prestazioni dell'assicuratore sono indirizzati solo a un singolo membro della famiglia. Nell'assicurazione malattie sociale non esiste la «responsabilità della stirpe» (responsabilità estesa alla famiglia).

Caso 9 | Debiti presunti di un familiare

Un assicurato e la sua famiglia (coniuge e due figli minorenni) avevano regolarmente disdetto la loro polizza assicurativa nell'ambito della LAMal e avevano presentato la dichiarazione di affiliazione al nuovo assicuratore, che aveva inviato a sua volta l'attestazione di affiliazione all'assicuratore precedente. Quest'ultimo non voleva tuttavia che gli assicurati si trasferissero.

Le nostre indagini hanno rivelato che il figlio minore era stato ricoverato mesi prima. L'assicuratore ha fatturato al padre la partecipazione ai costi a dicembre. Il padre ha pagato nel gennaio successivo. L'assicuratore ha quindi sostenuto che, poiché la fattura non era stata pagata prima del cambiamento di assicuratore, non poteva permettere all'assicurato di cambiare l'assicuratore malattie con la sua famiglia (cfr. art. 64a cpv. 6 LAMal).

La decisione dell'assicuratore era sbagliata sotto due aspetti.

Poiché l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è un'assicurazione individuale, l'assicuratore deve verificare con ogni singolo assicurato se i requisiti per il cambiamento di assicuratore sono realizzati. In questo caso, ciò valeva sia per i genitori che per il figlio maggiore, motivo per cui l'assicuratore non poteva impedire loro il trasferimento.

L'assicuratore doveva tuttavia anche permettere al figlio minore di trasferirsi. L'art. 64a cpv. 6 OAMal combinato con l'art. 105I cpv. 2 OAMal stabilisce infatti che l'assicuratore può impedire il passaggio di una persona assicurata solo se i premi, la partecipazione ai costi e gli interessi di mora oggetto della diffida fino a un mese prima della scadenza del periodo di preavviso, nonché le spese d'esecuzione accumulate fino a tale momento, non sono state integralmente pagate entro la scadenza del periodo di preavviso. La partecipazione ai costi ancora dovuta nel caso in rassegna è stata notificata al padre del bambino solo a dicembre. Di conseguenza l'assicuratore non avrebbe potuto inviargli una diffida nel senso dell'art. 105I cpv. 2 OAMal e quindi non avrebbe potuto impedire il cambiamento di assicuratore.

Caso 10 Pagamento dei debiti all'ufficio d'esecuzione

Un'assicurata voleva cambiare assicuratore il 1° gennaio. Poiché aveva ancora dei debiti per i quali era già stata escussa, si è recata all'ufficio d'esecuzione e ha saldato tutti i debiti in sospeso direttamente sul posto, comprese tutte le spese. Qualche settimana dopo, il precedente assicuratore l'ha contattata sostenendo che i debiti pagati all'ufficio d'esecuzione erano stati trasferiti sul suo conto bancario troppo tardi, motivo per cui il cambiamento di assicuratore non era valido giuridicamente. L'assicurata voleva sapere se ciò fosse corretto.

Se il creditore incarica l'ufficio d'esecuzione di escutere i debiti insoluti e il debitore li ha pagati presso l'ufficio d'esecuzione entro i termini previsti dall'art. 64a cpv. 6 LAMal combinato con l'art. 105l cpv. 2 OAMA, allora i debiti sono saldati con il pagamento all'ufficio d'esecuzione (cfr. art. 12 cpv. 2 LEF). In questo caso il creditore non può sostenere di aver ricevuto il denaro dall'ufficio d'esecuzione in ritardo.

Caso 11 Pagamento dei debiti tramite assegno bancario o direttamente allo sportello postale?

Molti assicurati che vogliono ancora saldare gli arretrati diffidati a fine anno per poter cambiare assicuratore non sanno che la scelta del metodo di pagamento influisce sulla validità giuridica dell'affiliazione.

Nel caso del **bonifico bancario** non è determinante la data dell'ordine ma quando il pagamento dell'assicurato è giunto sul conto bancario dell'assicuratore. Verso la fine di dicembre, questo tipo di bonifico è una scelta sbagliata perché non si può mai essere sicuri che il denaro arrivi ancora tempestivamente.

La situazione è diversa se si paga direttamente allo **sportello dell'ufficio postale**. In questo caso, il timbro postale sulla ricevuta è determinante. In tale evenienza non importa quando il denaro arriva sul conto dell'assicuratore (DTF 124 III 145).

6 Conclusione del contratto

6.1 Conclusione del contratto LCA

L'assicurazione complementare secondo la LCA può essere stipulata come complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della LAMal.

Essa sottostà al diritto privato, in particolare alla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Ulteriori dettagli sono regolati dalle condizioni generali e speciali di assicurazione (CGA e CPA), che per questo motivo fanno parte integrante della polizza assicurativa. Nel diritto privato prevale il principio della libertà contrattuale. L'assicuratore ha quindi il diritto di ottenere una dichiarazione sullo stato di salute prima di stipulare il contratto, al fine di effettuare una valutazione del rischio. Il richiedente non ha il diritto di stipulare il contratto di assicurazione. Per questo motivo, l'assicuratore non deve nemmeno giustificare la sua decisione negativa. È sufficiente che non abbia interesse a farlo.

Caso 12 Rifiuto della domanda

Un assicurato voleva sapere da noi cosa potesse fare se l'assicuratore avesse respinto la sua domanda di assicurazione complementare nel senso della LCA.

Raccomandazione: egli può chiedere all'assicuratore di proporgli un contratto con l'esclusione della condizione preesistente o recidivante, se la stipula di tale contratto ha ancora senso per il richiedente. Egli può tuttavia anche tentare la fortuna con un altro assicuratore. È importante che compili la dichiarazione sullo stato di salute in modo veritiero.

Caso 13 Reticenza

Con l'aiuto di un intermediario assicurativo un assicurato ha chiesto all'assicuratore malattie diverse assicurazioni complementari. L'intermediario assicurativo ha compilato il questionario con la dichiarazione sullo stato di salute e il proponente ha dovuto solo firmarlo. Nelle scritte in piccolo, l'assicurato ha garantito l'accuratezza delle informazioni fornite con la sua firma. In seguito, l'assicuratore lo ha accettato senza esclusioni.

Nei due anni successivi l'assicurato ha presentato al suo assicuratore diverse domande di rimborso per le prestazioni ricevute. I rimborsi sono stati effettuati senza problemi finché un giorno l'assicuratore ha scoperto che l'assicurato non aveva compilato

correttamente la dichiarazione sullo stato di salute. Esso ha quindi annullato l'intera assicurazione complementare e ha chiesto il rimborso di tutte le prestazioni fornite. L'assicurato voleva sapere da noi se il procedimento dell'assicuratore fosse legale.

Conformemente all'art. 4 LCA il proponente deve informare per iscritto l'assicuratore di tutti i fatti rilevanti per la valutazione del rischio, nella misura in cui sono o devono essere a sua conoscenza sulla scorta di un questionario o di altre domande. Per fatti rilevanti si intendono quelli per l'apprezzamento del rischio che possono influenzare la decisione dell'assicuratore di concludere il contratto o alle condizioni convenute.

In caso di violazione dell'obbligo d'informazione, l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto per iscritto. Il recesso ha effetto dal momento in cui perviene allo stipulante (cfr. art. 6 cpv. 1 LCA). Il diritto di recesso si estingue quattro settimane dopo che l'assicuratore è venuto a conoscenza della reticenza (cfr. art. 6 cpv. 2 LCA). L'assicuratore non viene a conoscenza della violazione già quando si insospettisce sulla base di un documento di restituzione presentato, ma solo quando gli accertamenti successivi con il fornitore di servizi confermano il sospetto.

Se il contratto viene sciolto con una disdetta, si estingue anche l'obbligo dell'assicuratore di fornire le prestazioni per i danni già intervenuti, nella misura in cui il verificarsi o l'entità del danno è stato influenzato dal fatto materiale del rischio che non è stato comunicato o che è stato comunicato in modo errato. Se l'obbligo di prestazione è già stato adempiuto, l'assicuratore ha diritto al rimborso (cfr. art. 6 cpv. 3 LCA). Non ha diritto al rimborso se le prestazioni già fornite non hanno alcun collegamento con le false informazioni contenute nella dichiarazione sullo stato di salute.

Raccomandazione: innanzitutto è bene evidenziare che non è importante chi abbia compilato la domanda con la dichiarazione sullo stato di salute. Determinante è che il richiedente abbia confermato l'accuratezza delle informazioni con la propria firma. Questo è anche espressamente indicato nelle scritte in piccolo di queste domande. Per questo motivo l'Ufficio di mediazione consiglia vivamente alle parti interessate di non lasciare che sia una terza persona a compilare la domanda di assicurazione complementare, in particolare la dichiarazione sullo stato di salute. Sarebbe auspicabile che il richiedente compilasse i moduli a casa propria in tutta tranquillità e, se necessario, discutesse con il proprio medico di famiglia eventuali domande sulla propria storia clinica.

Caso 14 Conclusione tramite portale online

Un assicurato ha ricevuto una polizza da un assicuratore con il quale non aveva presumibilmente concluso un contratto. Sebbene abbia dichiarato all'Ufficio di mediazione di aver negoziato con un collaboratore dell'assicuratore, egli ha negato di aver raggiunto un accordo con lui. Egli ha infine scelto un altro assicuratore. Nel frattempo, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie era stata annullata ma l'assicuratore insisteva ancora sulla validità della conclusione dell'assicurazione complementare. L'assicurato non era d'accordo.

Le nostre indagini hanno evidenziato che l'assicurato aveva formulato una domanda tramite il portale online. In essa erano indicati il nome e il cognome dell'assicurato ma l'indirizzo e-mail non corrispondeva al suo. Secondo Zefix.ch (Indice centrale delle ditte su Internet) si trattava dell'indirizzo e-mail di una società a responsabilità limitata che dichiarava di avere come scopo la consulenza, l'intermediazione e l'amministrazione nel settore assicurativo. Il presunto dipendente dell'assicuratore era quindi un intermediario assicurativo di questa società a responsabilità limitata. Poiché questa società non era iscritta al registro della FINMA, l'Ufficio di mediazione ha invocato l'art. 43 cpv. 1 LSA (Legge federale sulla sorveglianza degli assicuratori) a contrario nei confronti dell'assicuratore e ha considerato l'intermediario assicurativo vincolato all'assicuratore. Nel contempo ha sostenuto che la presunzione dell'assicurato che l'intermediario avesse compilato un modulo online per lui - senza il suo consenso - non poteva essere facilmente confutata poiché non c'era alcun modulo firmato da lui. Esso ha sostenuto inoltre che la semplice registrazione in un portale online non può essere sufficiente per stipulare una polizza assicurativa se non viene successivamente confermata con la firma del richiedente. In caso contrario, si aprirebbe la porta agli abusi. Per questo motivo, le polizze assicurative complementari dovrebbero essere annullate.

L'assicuratore non ha risposto alle nostre argomentazioni ma ha accettato la nostra richiesta e ha annullato le polizze assicurative complementari senza ulteriori commenti.

Raccomandazione: gli assicurati che non sono ancora sicuri di voler concludere un contratto dovrebbero essere molto cauti nel fornire informazioni su di loro a terzi. È consigliabile prudenza anche quando si afferma che si tratta solo di un'offerta. Di regola si tratta sempre di una richiesta vincolante che deve essere accettata solo dall'assicuratore, mentre l'assicurato è già vincolato al contratto in tale ipotesi. Una controproposta da parte dell'assicuratore, che il richiedente può comunque rifiutare, esiste se l'assicuratore accetta l'inclusione o l'esclusione di condizioni esistenti o ricadute.

6.2 Diritto di revoca

Il nostro Ufficio di mediazione si è occupato per anni delle conseguenze delle consultazioni da parte di intermediari poco affidabili, le cui azioni sono in gran parte determinate dall'ottenimento di una commissione. Il progresso digitale (ad esempio la conclusione di contratti su tablet) ha accresciuto il rischio potenziale di conflitto già esistente.

Il legislatore ha nel frattempo risolto alcuni problemi a favore dei richiedenti, con la revisione parziale della LCA entrata in vigore il 1° gennaio 2022. A far tempo da tale data chi ha formulato all'assicuratore la proposta d'un contratto di assicurazione rimane vincolato - salvo eccezioni - per 14 giorni (art. 1 LCA), ma ora ha il diritto di revocare la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso per iscritto entro lo stesso termine (cfr. art. 2a LCA). Il termine di 14 giorni decorre dal

momento in cui lo stipulante ha proposto o accettato il contratto. Per motivi di prova, la revoca deve essere inviata per posta raccomandata o Posta A Plus.

Attenzione: il termine è rispettato se lo stipulante notifica all'assicuratore la propria revoca l'ultimo giorno del termine di disdetta o consegna la dichiarazione di disdetta all'ufficio postale. Ciò significa che in questo caso, eccezionalmente, non è determinante la data di ricezione ma il timbro postale. Per motivi di prova, la forma scritta è da preferire.

6.3 Disdetta

Molti assicurati non sembrano sapere che il termine di preavviso straordinario di un mese concesso dal legislatore nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel senso dell'art. 7 cpv. 2 LAMal (ad esempio per la fine di novembre) non può essere applicato all'assicurazione complementare secondo la LCA.

In effetti, alle assicurazioni complementari, che sono soggette al diritto privato, si applicano regole di disdetta diverse rispetto all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, che è soggetta al diritto pubblico. Per questo motivo le assicurazioni complementari possono essere eccezionalmente disdette contemporaneamente all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Un motivo straordinario di disdetta è previsto, ad esempio, nel caso di un aumento del premio, per cui solo l'assicurazione complementare interessata dall'aumento può essere disdetta, mentre tutte le altre non possono esserlo.

Le varie opzioni di disdetta sono descritte di seguito.

Caso 15 L'intermediario assicurativo viola l'obbligo d'informazione

L'ufficio di mediazione ha dovuto nuovamente affrontare nell'anno in esame le molteplici conseguenze delle attività degli intermediari assicurativi vincolati e non vincolati. Numerose persone in cerca di consigli si sono nuovamente rivolte all'Ufficio di mediazione, che si è trovato ad affrontare le conseguenze di vasta portata dei consigli talvolta superficiali e incompetenti forniti dagli intermediari assicurativi. L'attività di consulenza negligente e poco professionale di numerosi intermediari assicurativi si traduce spesso in notevoli svantaggi finanziari per gli assicurati, oltre che in spese amministrative, invece dei vantaggi finanziari spesso promessi sotto forma di risparmio sui premi assicurativi.

Il legislatore ha concesso in questi casi agli assicurati la seguente opzione di disdetta.

Prima della conclusione del contratto d'assicurazione, l'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante (= richiedente) in maniera comprensibile e in una forma che

consenta la prova per testo sulla propria identità e sul contenuto essenziale del contratto d'assicurazione (art. 3 cpv. 1 LCA), ovvero anche sulla forma e sui termini del diritto di revoca nel senso dell'art. 2a LCA.

In caso di violazione dell'obbligo d'informare, l'assicurato ha il diritto di recedere dal contratto d'assicurazione per iscritto. Questo diritto si estingue quattro settimane dopo che lo stipulante è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo e delle informazioni di cui all'art. 3 LCA, in ogni caso non oltre due anni dalla violazione dell'obbligo (art. 3a LCA).

Questo nuovo diritto di recesso nel senso dell'art. dell'art. 3a LCA si applica solo ai contratti stipulati a partire dal 1° gennaio 2022 (cfr. art. 103a LCA relativo alla disposizione transitoria della modifica del 19 giugno 2020, entrata in vigore il 1° gennaio 2022).

Caso 16 Recesso ordinario

L'art. 35a cpv. 1 LCA prevede che le assicurazioni complementari, anche se sono state concluse per una durata più lunga, possono essere disdette per scritto alla fine del terzo anno e di ogni anno successivo con un preavviso di tre mesi.

Questa nuova disposizione è stata pensata per tenere conto del fatto che sul mercato assicurativo esistono contratti con durate molto lunghe, come ad esempio le polizze di assicurazione di protezione giuridica con una durata di otto anni. Molti assicurati non erano e non sono tuttavia consapevoli, al momento della conclusione del contratto assicurativo, di impegnarsi per un periodo altrettanto lungo con molte compagnie assicurative. Creando questo nuovo diritto di recesso, il legislatore ha voluto evitare un impegno eccessivo (Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, 2023, n. 1 ad art. 35a con riferimenti).

Questa disposizione si applica anche ai contratti conclusi prima del 1° gennaio 2022 (cfr. art. 103a lett. b LCA).

Caso 17 Recesso straordinario

Conformemente all'art. 35b cpv. 1 LCA è possibile recedere dall'assicurazione complementare per scritto in ogni momento per gravi motivi. Si considera grave motivo nel senso dell'art. 35b cpv. 2 LCA segnatamente una modifica imprevedibile delle disposizioni legali che renda impossibile l'adempimento del contratto (lett. a) o ogni circostanza che non consenta, per ragioni di buona fede, di esigere la continuazione del contratto da parte del recedente (lett. b).

Questa disposizione si applica anche ai contratti conclusi prima del 1° gennaio 2022 (cfr. art. 103a lett. b LCA).

Caso 18 Cumulo di assicurazioni

Un'assicurata ha disdetto a metà novembre per fine anno l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e tutte le assicurazioni complementari. L'assicuratore malattie ha accettato solo la disdetta dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie perché solo questa era stata eseguita a tempo debito. L'assicurata non era d'accordo perché aveva già stipulato delle nuove polizze complementari per gli stessi rischi con un'altra assicurazione malattie e quindi era assicurata due volte.

Abbiamo innanzitutto dovuto farle notare che nel diritto privato non esiste il divieto di doppia assicurazione come nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della LAMal.

Il cumulo di assicurazioni era già espressamente consentito prima della revisione (cfr. art. 53 vLCA) e rimane tale con la revisione del 1° gennaio 2022 (art. 46b LCA). In caso di cumulo di assicurazioni lo stesso interesse è assicurato contro lo stesso rischio e per lo stesso tempo presso più di un assicuratore, di modo che le somme assicurate insieme riunite eccedano complessivamente il valore di assicurazione. In tal caso, lo stipulante è obbligato a notificare senza indugio per iscritto a ogni assicuratore il verificarsi del rischio assicurato (art. 46b cpv. 1 LCA). Se lo stipulante omette intenzionalmente di avvisare l'assicuratore o se ha concluso più assicurazioni con l'intento di procurarsi con esse un utile illecito, gli assicuratori non sono più vincolati nei suoi confronti al contratto (art. 46b cpv. 3 LCA). Ogni assicuratore ha diritto a tutta la prestazione convenuta (art. 46b cpv. 4 LCA).

Possibili soluzioni:

1. Con l'entrata in vigore della revisione della LCA il contraente può disdire per iscritto le nuove polizze di assicurazione complementare entro quattro settimane dalla scoperta del cumulo di assicurazioni se non era a conoscenza dell'esistenza del cumulo di assicurazioni al momento della conclusione del contratto (art. 46b cpv. 2 LCA). Questa disposizione si applica solo ai contratti conclusi a partire dal 1° gennaio 2022 (cfr. art. 103a LCA relativo alla disposizione transitoria della modifica del 19 giugno 2020, entrata in vigore il 1° gennaio 2022).
2. Se l'assicurato non ha la possibilità di recedere dalle nuove assicurazioni complementari appena stipulate, ad esempio perché non ha rispettato il termine di quattro settimane indicato nell'opzione A o perché questa soluzione non è applicabile al suo contratto, egli può evitare la doppia assicurazione e quindi il doppio pagamento del premio chiedendo al nuovo assicuratore di sospendere le assicurazioni complementari stipulate per un anno. In questo modo, egli avrebbe il tempo sufficiente per disdire regolarmente le assicurazioni complementari precedenti.
3. Un'altra opzione potrebbe essere quella di recedere dalle precedenti assicurazioni complementari individualmente (cioè gradualmente) al momento della riscossione delle prestazioni nel senso dell'art. 42 LCA (per motivi di prova, tramite lettera raccomandata, anche perché alcuni assicuratori richiedono espressamente questa forma di disdetta nelle loro condizioni generali di assicurazione). Questo

cosiddetto diritto di recesso in caso di danno parziale ha lo svantaggio di non poter «provocare» la riscossione delle prestazioni con tutte le assicurazioni complementari (ad esempio, non con l'assicurazione complementare ospedaliera).

6.4 Cambiamento di cassa

L'Ufficio di mediazione deve occuparsi regolarmente delle conseguenze delle consulenze fornite dagli intermediari assicurativi. Di regola l'Ufficio di mediazione non ha altra scelta se non quella di verificare la validità giuridica della conclusione del contratto e, se questa viene confermata, di indicare agli assicurati le opzioni di disdetta straordinaria dei contratti.

Particolarmente fastidiosi sono i casi in cui gli assicurati vengono convinti a cambiare assicuratore a seguito di una consulenza errata da parte di un intermediario assicurativo e subiscono un grave danno. Un classico esempio è il seguente caso.

Caso 19 Assicurazione dentale speciale per bambini

Capita spesso che gli intermediari assicurativi inducano i genitori di bambini di età superiore ai quattro anni a cambiare l'attuale polizza di assicurazione dentale dei loro figli - che copre il trattamento di ortopedia dento-facciale con un altro assicuratore. Il problema è che i genitori non sono disposti a separare le loro polizze assicurative, ed è per questo che alcuni intermediari assicurativi, per non perdere un affare redditizio, affermano che il nuovo assicuratore coprirà il trattamento di ortopedia dento-facciale senza ulteriori indugi. I richiedenti non devono preoccuparsi della copertura finché non è stato programmato un trattamento o non è stato fissato un appuntamento con il dentista. Questo purtroppo non è vero. Il nuovo assicuratore non paga perché le condizioni esistenti al momento della conclusione del contratto (tra cui il disallineamento dei denti) non possono più essere assicurate, e l'assicuratore precedente non è tenuto a pagare perché i contratti stipulati con lui sono stati annullati. In questi casi l'intermediario assicurativo rifiuta ogni addebito di colpa e sostiene di non essere stato a conoscenza del disallineamento dei denti. I genitori non possono confutare le affermazioni dell'intermediario assicurativo (testimonianza contro testimonianza) e di conseguenza si trovano a dover sostenere costi molto elevati per i trattamenti di ortopedia dento-facciale dei loro figli.

In questi casi anche l'Ufficio di mediazione non può più essere d'aiuto.

Raccomandazione: gli assicurati (i genitori dei bambini) che non possono resistere per motivi economici a un'offerta globale vantaggiosa per la famiglia, dovrebbero assolutamente lasciare l'assicurazione complementare, che include il trattamento di ortopedia dento-facciale (si tratta in principio di un'assicurazione complementare mista che partecipa ad esempio anche ai costi di trasporto o degli occhiali), presso l'assicuratore precedente fino a quando non sarà più necessaria

III | Allegato

Lettera modello per una dichiarazione di affiliazione

Indirizzo del mittente

Raccomandata

Indirizzo dell'assicuratore

Dichiarazione di affiliazione

Gentili signore ed egregi signori,

il mio nome è (nome e cognome). Sono nato il (data).

Con la presente dichiaro l'affiliazione alla vostra assicurazione malattie a partire da (data).

Desidero una franchigia di fr. 300.- senza copertura contro gli infortuni.

Vorrei inoltre che mi inviaste una fattura mensile. Le mie coordinate bancarie sono: (indirizzo della banca e numero IBAN).

Con i miei più cordiali saluti.

Luogo, data

.....

Firma

.....

Allegati (solo in caso di cambiamento di assicuratore):

1. lettera di disdetta
2. polizza dell'assicuratore precedente

