

Ufficio di mediazione  
dell'assicurazione malattie

2023

Rapporto annuale

# Indice

<b>Premessa della mediatrice</b>	<b>3</b>
<b>I Parte generale</b>	<b>5</b>
<b>1 Cifre relative allo sviluppo dei casi</b>	<b>6</b>
1.1 Entrate per materia	7
1.2 Entrate per ramo d'assicurazione	7
1.3 Entrate per lingua	8
1.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione	8
<b>2 Cooperazione con gli assicuratori malattie e le autorità</b>	<b>9</b>
<b>II Casi scelti</b>	<b>10</b>
<b>3 L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Copertura di infortuni</b>	<b>11</b>
Caso 1 Inclusionione della copertura di infortuni ad opera dell'assicuratore	11
Caso 2 Copertura di infortuni quando si ricevono le indennità giornaliere secondo la LAINF	12
<b>3.2 Arrivo e partenza</b>	<b>13</b>
Caso 3 Arrivo di un assicurato in Svizzera	13
Caso 4 Modulo dell'assicuratore di notifica di partenza dalla Svizzera dell'assicurato (modulo di notifica di partenza)	14
Caso 5 Partenza dalla Svizzera di un assicurato	15
<b>3.3 Cambiamento dell'assicurazione di base</b>	<b>16</b>
Caso 6 Revoca della disdetta	16
<b>3.4 Casi con riferimento ai premi</b>	<b>17</b>
Caso 7 Obbligo di notifica del nuovo premio	18
Caso 8 Esecuzione nonostante il pagamento anticipato del premio annuale	19
<b>3.5 Casi con riferimento alla protezione dei dati</b>	<b>19</b>
Caso 9 Case Management nell'assicurazione di base	19
Caso 10 Prova della ricezione delle prestazioni precedenti	22
Caso 11 Cancellazione del portale clienti dopo il cambiamento di assicuratore	22

<b>3.6</b>	<b>Casi con riferimento alle prestazioni</b>	<b>23</b>
Caso 12	Ricezione di prestazioni in caso di penuria nell'approvvigionamento	23
Caso 13	Cura prestata da un medico a sé stesso	24
Caso 14	Medicinali nel trattamento ambulatoriale	24
<b>4</b>	<b>Assicurazione complementare secondo la LCA</b>	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Conclusione del contratto</b>	<b>26</b>
Caso 15	Forza obbligatoria di una proposta di assicurazione online	27
Caso 16	Accordo sulle riserve	28
<b>4.2</b>	<b>Sospensione delle prestazioni</b>	<b>28</b>
Caso 17	Decadenza di una sospensione delle prestazioni	28
<b>5</b>	<b>Assicurazione d'indennità giornaliera</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>Incapacità lavorativa correlata al posto di lavoro</b>	<b>31</b>
Caso 18	Accordo transattivo	31

# Premessa della mediatrice



**Susanne Müller Ineichen**  
Mediatrice

Il 1° agosto 2023, ho assunto l'incarico di Mediatrice dell'assicurazione malattie. Lavoro per l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie dal 2019, dapprima come collaboratrice giuridica e dal 2021 come supplente della mia predecessora Morena Hostettler Socha. Sono stata lieta di assumere questo nuovo ruolo, in quanto l'Ufficio di mediazione può contribuire in modo significativo a chiarire i malintesi o a mediare i conflitti tra gli assicurati e gli assicuratori malattie. In quest'ottica, mi auguro anche in futuro di portare avanti i compiti assegnati all'Ufficio di mediazione insieme al mio team, in modo responsabile e orientato alle soluzioni.

Mi considero fortunata nella mia situazione perché posso fare affidamento su un team competente di collaboratori esperti di lunga data. Vorrei cogliere l'occasione per ringraziarli calorosamente per il loro grande impegno. Vorrei anche ringraziare il Consiglio di fondazione per la fiducia che mi ha accordato.

L'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie ha celebrato il suo 30° anniversario nel 2023. Dalla sua fondazione nel 1993, ha svolto un ruolo importante come centro di mediazione neutrale tra gli assicurati e gli assicuratori nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria di base, dell'assicurazione complementare, come pure delle indennità giornaliera per malattia. Esso gode della fiducia sia degli assicurati che degli assicuratori ed è diventato un partner indispensabile nel settore dell'assicurazione malattie.

Dopo che i premi dell'assicurazione di base avevano già subito un massiccio aumento a partire dal 1° gennaio 2023, gli assicurati sono stati colpiti da un'ulteriore cattiva notizia nell'ottobre 2023 con l'annuncio dei premi per il 2024. Non sorprende quindi che il numero di casi gestiti dall'Ufficio di mediazione sia aumentato in modo significativo rispetto agli ultimi tre anni, poiché più i premi aumentano, maggiore è la volontà degli assicurati di cambiare assicuratore e maggiore è il numero di casi con problemi di cambiamento che l'Ufficio di mediazione riceve. Qui, possiamo contribuire a fornire agli assicurati il più rapidamente possibile la massima chiarezza sulla loro situazione assicurativa, evitando anche un inutile lavoro amministrativo aggiuntivo per gli assicuratori.

L'attenzione del rapporto annuale di quest'anno si concentra ancora una volta sulla casistica (cfr. capitolo 3). Questo include casi relativi alla conclusione del contratto

assicurativo e questioni su prestazioni e premi. Poiché il 1° settembre 2023 è entrata in vigore la legge sulla protezione dei dati completamente modificata e l'Ufficio di mediazione si trova confrontato regolarmente con questioni relative alla protezione dei dati, questo rapporto contiene anche una serie di casi selezionati relativi alla protezione dei dati.

S. Müller Ineichen

Susanne Müller Ineichen

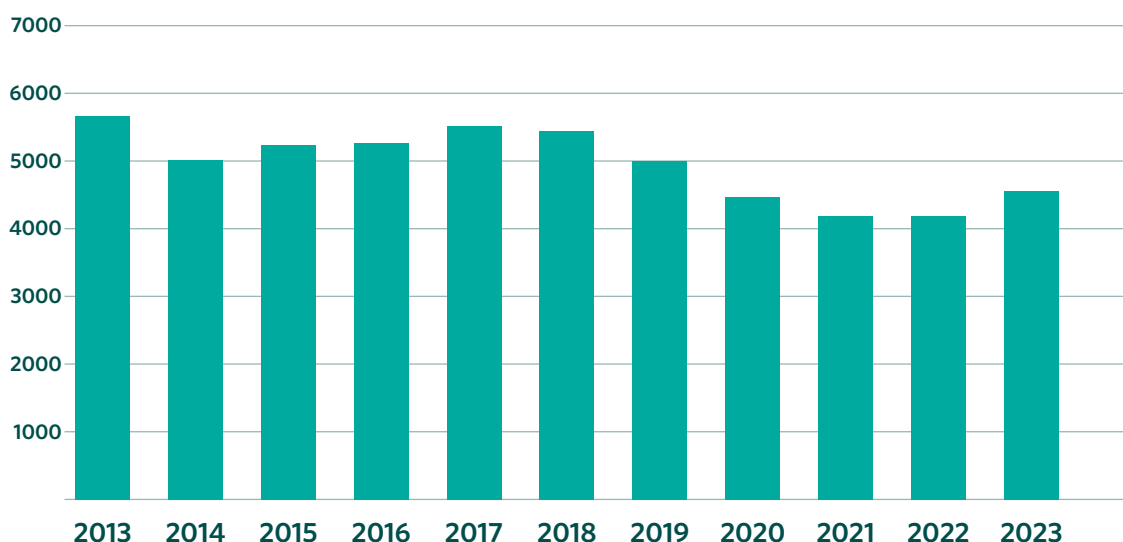
Mediatrice

# I | Parte generale

# 1 | Cifre relative allo sviluppo dei casi

Il numero di casi è aumentato in modo significativo rispetto all'anno precedente, segnatamente di 370 casi. Ciò è dovuto in gran parte agli aumenti dei premi con effetto dal 1° gennaio 2023 e del 1° gennaio 2024. Nella primavera del 2023, l'Ufficio di mediazione è stato sempre più occupato da casi che comportavano un cambiamento di assicuratore, e da metà ottobre a fine novembre 2023 (e anche oltre) ha ricevuto molte richieste di informazioni sui nuovi premi, sul cambiamento di assicuratore o sulle opzioni di ottimizzazione con l'attuale assicuratore malattie. Per un assicuratore, l'Ufficio di mediazione nel 2023 ha constatato anche un aumento superiore alla media del numero di casi per motivi amministrativi.

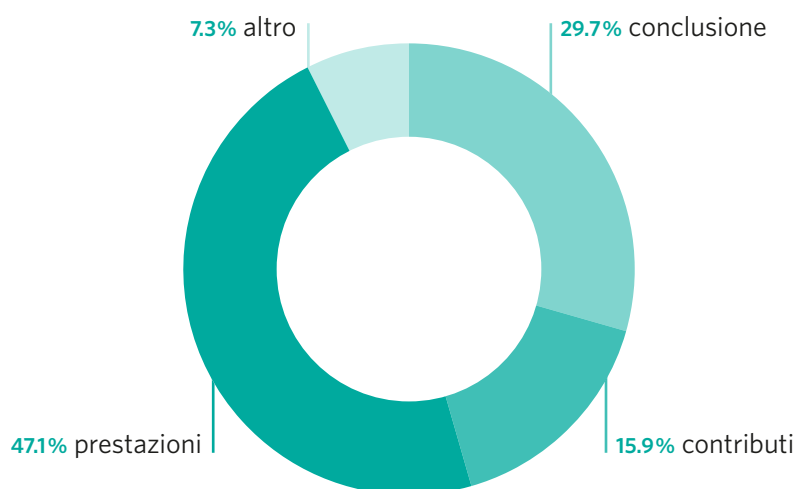
L'Ufficio di mediazione si trova sempre più spesso confrontato con casi complessi di dimensione internazionale, che richiedono molto tempo per essere trattati. Inoltre, ogni anno si rivolgono all'Ufficio di mediazione sempre più persone che sono sopraffatte da questioni assicurative, per motivi di salute o di età. Anche il loro sostegno richiede tempo, empatia e pazienza.



A differenza dell'anno 2022, non ci sono stati cambiamenti legislativi con un impatto significativo sugli assicurati (ad esempio nell'ambito delle prestazioni), il che significa che non ci sono state richieste di informazioni a questo proposito, a differenza di quanto era avvenuto in gran parte l'anno precedente.

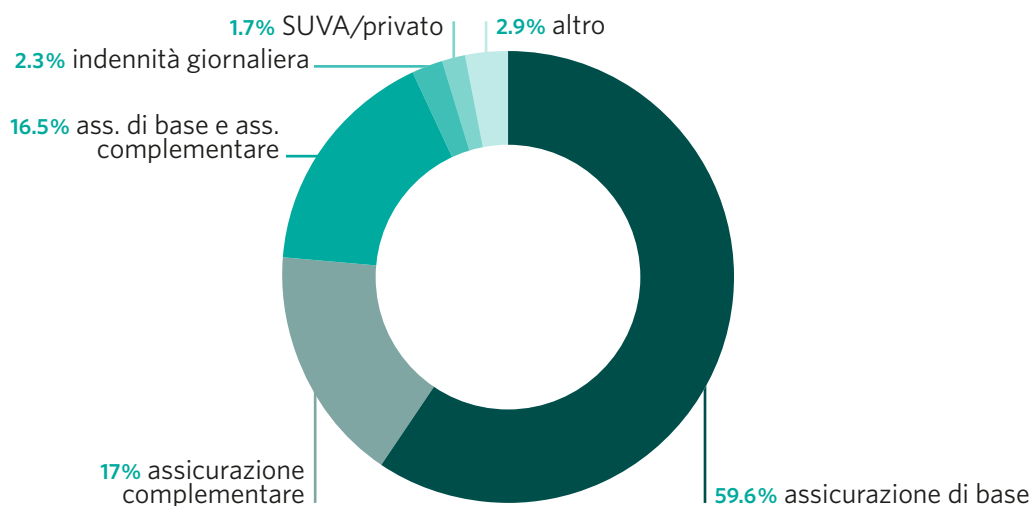
## 1.1 Entrate per materia

Nell'anno di riferimento 2023, l'Ufficio di mediazione ha ricevuto 4 560 casi (2022: 4 190). Ciò rappresenta un aumento di 370 casi rispetto all'anno precedente. La ripartizione per materie è la seguente: 1 353 nell'ambito della conclusione dei contratti, che comprende anche il cambiamento di assicurazione (2022: 1 121), 725 riguardano i contributi, sotto cui sono compresi i premi e la partecipazione ai costi (2022: 478) e 2 149 incarti nel settore delle prestazioni assicurative (2022: 2 235). I restanti 333 casi riguardavano altre questioni, come ad esempio le domande relative alle riduzioni dei premi, alla protezione dei dati, ecc. (2022: 356).



## 1.2 Entrate per ramo d'assicurazione

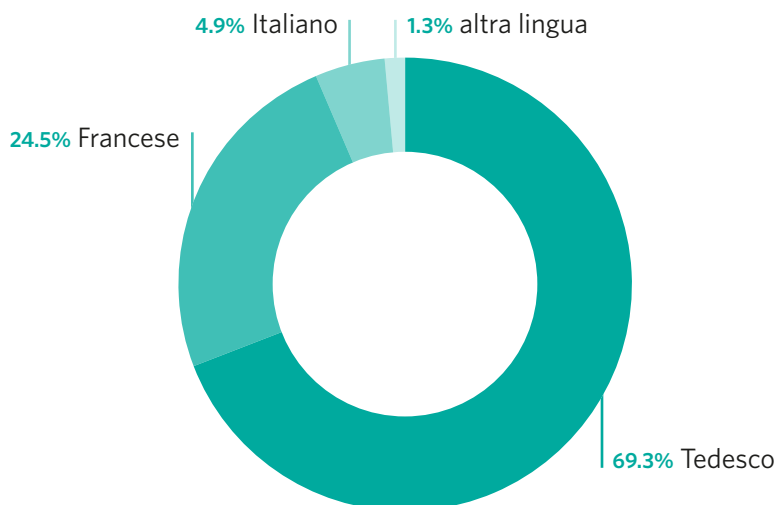
2 716 casi riguardavano esclusivamente l'assicurazione di base (2022: 2 155), 777 casi esclusivamente l'assicurazione complementare (2022: 757). In 751 casi, gli assicurati ci hanno contattato con richieste di informazioni su entrambi i tipi di assicurazione (2022: 926). 104 casi riguardavano il tema delle indennità giornaliere (2022: 112). In 80 casi, l'Ufficio di mediazione ha dovuto indirizzare gli assicurati all'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA (2022: 57). I restanti 132 casi riguardavano questioni non legate all'assicurazione malattie, ma per lo più ad altre assicurazioni sociali (AI, AVS, LAINF, AD).





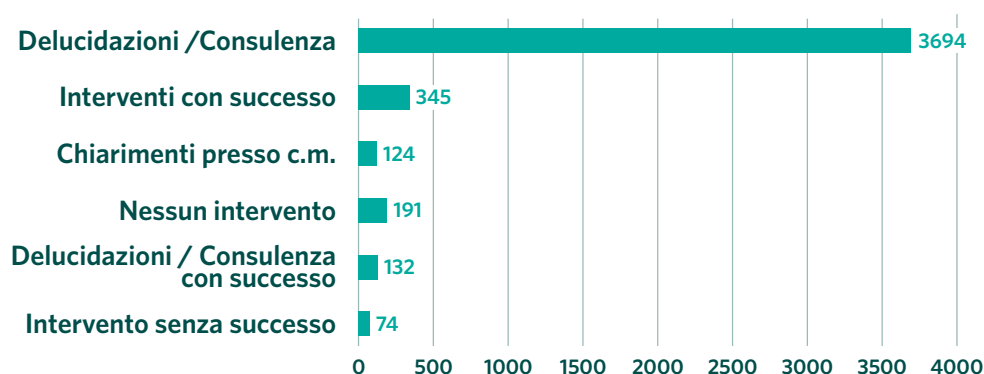
### 1.3 Entrate per lingua

Il tedesco ha registrato 3160 entrate (2022: 3106), il francese 1116 (2022: 827), l'italiano 225 (2022: 148) e altre lingue, principalmente l'inglese, 59 (2022: 109).



### 1.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione

In 3694 casi, ovvero nel 81% di tutte le richieste, l'Ufficio di mediazione è stato in grado di chiarire le domande degli assicurati o di confermare una decisione presa dall'assicuratore (2022: ugualmente 3694). In 419 casi l'Ufficio di mediazione ha sottoposto all'assicuratore una domanda di riesame della decisione contestata dall'assicurato (2022: 200) e ha avuto successo in 345 casi (2022: 157), il che corrisponde a un tasso di successo dell'82,3% (2022: 78,5%). In 191 casi, l'Ufficio di mediazione si è astenuto dall'intervenire (ad esempio perché era stata emessa una decisione e la via legale dell'impugnazione era quindi aperta (2022: 60). In 124 casi, esso si è solo limitato a chiedere all'assicuratore i documenti che l'assicurato non era stato in grado di ottenere per motivi linguistici o di età (2022: 56). In 132 casi, l'Ufficio di mediazione è stato in grado di informare gli assicurati sulla situazione giuridica a tal punto che essi stessi sono stati in grado di risolvere con successo il loro problema con l'assicuratore (2022: 66).



## 2 Cooperazione con gli assicuratori malattie e le autorità

Anche nell'anno in esame la cooperazione con gli assicuratori malattie è stata – come negli anni precedenti – molto buona. Le persone di riferimento diretto dei servizi giuridici degli assicuratori malattie hanno esaminato con attenzione e serietà gli scritti con i quali l'Ufficio di mediazione ha sollecitato un intervento. La risposta ai nostri scritti avveniva di solito entro tre o quattro settimane al massimo.

Nel 2023 l'Ufficio di mediazione ha dovuto rivolgersi a un assicuratore a causa di un aumento delle richieste di informazioni. L'assicuratore ha riconosciuto all'Ufficio di mediazione i problemi amministrativi ma ha evidenziato che erano già state avviate misure interne di miglioramento.

Con gli assicuratori più grandi si svolge, da qualche tempo, uno scambio annuale, durante il quale è possibile discutere di persona le domande aperte o proposte varie. Tutte le parti traggono vantaggio da questo scambio, che rende l'elaborazione dei casi ancora più efficiente.

L'Ufficio di mediazione coglie l'occasione per ringraziare tutte le persone di riferimento presso gli assicuratori malattie per la loro collaborazione costruttiva e anche per la disponibilità a venirci incontro che hanno dimostrato in molti casi, dove giuridicamente era possibile.

Anche gli scambi tra l'Ufficio di mediazione e l'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica), in qualità di autorità di vigilanza per l'assicurazione di base, come pure con la FINMA, in qualità di autorità di vigilanza per l'assicurazione complementare, promuovono la qualità del trattamento dei casi. L'Ufficio di mediazione desidera ringraziare anche queste due autorità per la loro costante e buona cooperazione.

Gli assicurati credono spesso che l'Ufficio di mediazione possa impartire istruzioni agli assicuratori malattie. Tuttavia, non è così. L'Ufficio di mediazione non è un'autorità di vigilanza per gli assicuratori malattie e non può impartire loro direttive né in generale né in singoli casi. Il suo compito è quello di mediare, ma questo richiede la fiducia di base sia dell'assicurato che dell'assicuratore.

# II | Casi scelti

# 3 L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal

## 3.1 Copertura di infortuni

### Caso 1 Inclusionione della copertura di infortuni ad opera dell'assicuratore

Un assicurato, che ha compiuto 65 anni nel giugno 2023, era assicurato obbligatoriamente tramite il suo datore di lavoro contro gli infortuni professionali e non professionali nel senso della LAINF. Egli aveva sospeso la copertura di infortuni presso la sua assicurazione malattie, nel senso dell'art. 8 cpv. 1 LAMal. Egli ha prolungato di un anno il contratto di lavoro con il suo precedente datore di lavoro, mantenendo il suo precedente grado di occupazione del 60%.

L'assicuratore malattie ha annullato di propria iniziativa la sospensione della copertura per infortuni per la fine del mese di luglio 2023 (dopo la cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni, l'assicuratore infortuni continuerà a fornire la copertura per 31 giorni). Esso ha inserito la nuova polizza con l'inclusionione della copertura di infortuni nel portale clienti dell'assicurato, precisando che se la sospensione dovesse continuare a essere applicata, l'assicurato deve fornire una conferma scritta del datore di lavoro entro 15 giorni che attesti che egli ha ancora una copertura contro gli infortuni. L'assicurato ha visto la polizza modificata e la fattura del premio più alto con effetti dall'agosto 2023 nel portale clienti solo nell'ottobre 2023, quando ha disdetto la sua assicurazione di base. Successivamente ha trasmesso all'assicuratore il suo contratto di lavoro (prolungato). Invece di una risposta, egli ha ricevuto una diffida, che includeva anche la decadenza dello sconto del 2% concesso all'inizio dell'anno. Poco dopo, l'assicurato ha ricevuto una comunicazione in cui si affermava che il contratto di lavoro non era sufficiente, ma che era necessaria una conferma LAINF da parte del datore di lavoro. L'assicurato ha poi trasmesso questa conferma all'assicuratore, ma ha in seguito ricevuto una seconda diffida e infine un precetto esecutivo.

L'Ufficio di mediazione ha contattato l'assicuratore e, con riferimento alla formulazione dell'art. 10 LAMal, ha sostenuto che l'assicuratore non poteva, di propria iniziativa, annullare la sospensione. Dal testo dell'art. 10 cpv. 1 LAMal emerge piuttosto che

il lavoratore (assicurato) deve agire di propria iniziativa dopo che il datore di lavoro lo ha informato sull'obbligo di assicurarsi contro gli infortuni presso l'assicuratore malattie quando lascia il proprio posto di lavoro.

In seguito all'intervento dell'Ufficio di mediazione, l'assicuratore ha sospeso nuovamente la copertura infortuni a partire dal 1° agosto 2023 e ha riaccreditato lo sconto sul pagamento. Le spese di diffida sono state annullate e il procedimento di esecuzione del debito è stato ritirato.

Secondo l'Ufficio di mediazione, dovrebbe essere chiaro che gli assicurati che lavorano manifestamente più di 8 ore alla settimana (come, per esempio, nel caso in rassegna) potrebbero dimostrare di avere ancora una copertura contro gli infortuni presentando il loro contratto di lavoro. In questo caso, la richiesta aggiuntiva di una conferma LAINF non è necessaria.

## **Caso 2 Copertura di infortuni quando si ricevono le indennità giornaliere secondo la LAINF**

Un'assicurata voleva cambiare la sua assicurazione malattie nel 2024 e ci ha chiesto se dovesse includere il rischio di infortuni presso il nuovo assicuratore malattie. Nella sua precedente assicurazione malattie non aveva incluso il rischio di infortuni, ma non era però sicura che questo fosse corretto.

L'assicurata svolgeva un'attività al 100 % e, secondo le sue indicazioni, il suo datore di lavoro l'aveva assicurata contro gli infortuni professionali e non professionali quando, nel maggio 2022, ha subito un grave incidente stradale. Da allora, riceve indennità giornaliera dall'assicurazione contro gli infortuni nella misura dell'80 % del suo guadagno assicurato. Il suo datore di lavoro ha disdetto il contratto di lavoro con effetto dal 31 gennaio 2023. L'incapacità lavorativa dell'assicurata è stata del 100 % senza interruzioni dall'incidente fino al momento in cui ha contattato l'Ufficio di mediazione.

L'assicurazione nel senso della LAINF termina, conformemente all'art. 3 cpv. 2 LAINF, allo spirare del 31° giorno susseguente a quello in cui cessa il diritto almeno al semi-salario. L'art. 7 cpv. 1 OAINF prevede che anche le indennità giornaliere previste dalla LAINF sono considerate salario ai sensi dell'art. 3 cpv. 2 LAINF. Una persona assicurata che riceve indennità giornaliera dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni pari ad almeno il 50 % del suo salario è quindi ancora coperta dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni nel senso della LAINF, a prescindere dal diritto alla continuazione del pagamento del salario da parte del datore di lavoro. L'Ufficio di mediazione ha potuto informare l'assicurata che, conformemente all'art. 3 cpv. 2 LAINF - visto che riceveva un'indennità giornaliera pari all'80 % del suo salario prima dell'infortunio - era ancora assicurata per il rischio di infortuni tramite il suo assicuratore contro gli infortuni (senza obbligo di pagare i premi) e non doveva includere il rischio di infortunio nella sua assicurazione malattie.

Importante: se un assicurato a causa di malattia riceve un'indennità giornaliera per malattia, la copertura infortuni nel senso della LAINF termina 31 giorni dopo la cessazione del rapporto di lavoro. Successivamente, il rischio d'infortunio deve essere coperto da un'assicurazione malattie.

## 3.2 Arrivo e partenza

### Caso 3 Arrivo di un assicurato in Svizzera

Un assicurato di 74 anni da anni affetto dal morbo di Crohn nell'autunno del 2022, dopo 45 anni trascorsi in Giappone, ha trasferito nuovamente il suo domicilio in Svizzera. Il 22 settembre 2022 ha compilato, tramite un intermediario, una dichiarazione di affiliazione per l'assicurazione di base (franchigia di fr. 2 500.-) presso un assicuratore malattie e ha richiesto due assicurazioni complementari. L'assicuratore ha rifiutato di stipulare le assicurazioni complementari. Contestualmente al rifiuto d'assicurazione complementare, esso ha informato l'assicurato che sarebbe stato lieto di accettare la sua richiesta di assicurazione di base, ma gli ha tuttavia chiesto se preferiva rinunciare. In caso di mancata risposta entro due settimane, l'assicuratore avrebbe inviato la polizza d'assicurazione.

L'assicurato ha informato l'assicuratore che rinunciava all'assicurazione di base e l'8 novembre 2022 ha firmato - tramite una collega del primo intermediario - una dichiarazione di adesione all'assicurazione di base (sempre con una franchigia di fr. 2 500.-) con un altro assicuratore. Successivamente, l'assicurato si è rivolto a noi con la richiesta di essere assicurato presso il primo assicuratore, con una franchigia di fr. 300.-.

L'Ufficio di mediazione si è rivolto al primo assicuratore e ha sostenuto che in caso di trasferimento dall'estero o di una cosiddetta prima assicurazione - a differenza di un cambiamento di assicuratore - il rapporto assicurativo con il quale è stata notificata la richiesta per primo ha la precedenza. Nel farlo, si è basato sulla dottrina vigente (cfr. BSK KVG-Eugster, n. 16 ad art. 3). Poiché l'adesione al primo assicuratore è avvenuta chiaramente prima dell'adesione al secondo assicuratore, vi è un obbligo di adesione del primo assicuratore. È quindi discutibile se sia giuridicamente ammissibile, nell'ambito della prima conclusione, concedere a un assicurato l'opzione di rinunciare all'assicurazione di base in assenza di un'assicurazione complementare. L'adesione all'AOMS (ovvero, assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) è costitutiva e la legge stabilisce che il rapporto assicurativo può essere annullato (solo) con una disdetta conforme ai termini previsti. Una richiesta di informazioni presso l'UFSP ha confermato l'opinione dell'Ufficio di mediazione.

L'Ufficio di mediazione ha anche sostenuto che l'opzione offerta dal primo assicuratore di ritirare la dichiarazione di adesione sembrava essere problematica anche per quanto riguarda l'applicazione dell'obbligo assicurativo (art. 4 LAMal). Se delle persone malate presentano richieste di assicurazione complementare che vengono respinte, la successiva offerta di ritiro per l'assicurazione di base potrebbe essere vista

come una vanificazione dell'obbligo assicurativo. Per le violazioni dell'art. 4 LAMal, la legge (art. 54 cpv. 3 lett. b LVAMal) prevede una multa, anche in caso di negligenza (art. 54 cpv. 4 LVAMal).

L'assicuratore ha informato l'Ufficio di mediazione che, per gentilezza verso i clienti, agli assicurati viene offerta la possibilità di rinunciare all'assicurazione di base se non viene stipulata l'assicurazione complementare, poiché ci sono molti assicurati che desiderano avere sia l'assicurazione di base che quella complementare con lo stesso assicuratore. L'assicuratore non era quindi disposto ad accettare l'assicurato per l'assicurazione di base. Inoltre, esso ha informato l'Ufficio di mediazione che l'assicurato aveva risposto «no» a tutte le domande del questionario sulla salute. L'assicuratore non era quindi a conoscenza della malattia dell'assicurato e il rifiuto era basato sull'età.

#### **Caso 4 Modulo dell'assicuratore di notifica di partenza dalla Svizzera dell'assicurato (modulo di notifica di partenza)**

Un'assicurata ha lasciato la Svizzera il 30 settembre 2023 e si è trasferita in Francia. Ha disdetto la sua assicurazione di base per il 30 settembre 2023 e l'assicuratore le ha successivamente inviato un modulo di notifica di partenza per verificare se i requisiti legali per terminare l'assicurazione di base fossero soddisfatti. L'assicurata ha compilato correttamente questo modulo e lo ha restituito all'assicuratore. Dopo aver ricevuto le fatture dei premi per i mesi di ottobre e novembre 2023, ha chiesto all'assicuratore perché l'assicurazione non fosse stata conclusa a far stato dal 30 settembre 2023. L'assicuratore ha risposto che il modulo di notifica di partenza non era firmato di suo pugno, ma che la firma conteneva solo il suo nome scritto. Questo non era legalmente sufficiente.

L'Ufficio di mediazione è intervenuto presso l'assicuratore e ha sostenuto che, ai fini della cessazione dell'obbligo assicurativo, era irrilevante che l'assicurata avesse o no firmato il modulo di notifica di partenza di suo pugno. L'unico fattore decisivo era se la persona assicurata, sulla base delle informazioni fornite e delle disposizioni legali fosse ancora soggetta all'assicurazione obbligatoria in Svizzera. Poiché l'assicurata non aveva più un legame economico con la Svizzera (ossia non aveva un'attività lavorativa, rispettivamente non riceveva nessuna rendita dalla Svizzera), l'assicurazione di base doveva essere cancellata per il 30 settembre 2023. L'assicuratore ha quindi terminato l'AOMS a partire dal 30 settembre 2023 e ha annullato le fatture dei premi per i mesi di ottobre e novembre 2023.

La LAMal non prevede la forma scritta né per la dichiarazione di adesione né per la disdetta del rapporto assicurativo (SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, 3a ed., E n. 209). Questo deve valere a maggior ragione anche per altre informazioni che l'assicuratore ottiene dagli assicurati. Gli assicuratori malattie non sono inoltre autorizzati a limitare questa libertà di forma nei loro regolamenti assicurativi, ad esempio stabilendo che l'adesione possa essere dichiarata validamente solo per iscritto o esclusivamente tramite un determinato modulo (loc. cit.).

## Caso 5 Partenza dalla Svizzera di un assicurato

Un assicurato ha disdetto la sua assicurazione di base per il 24 luglio 2023 perché da quella data ha trasferito il suo domicilio dalla Svizzera alla Francia. Egli ha presentato all'assicuratore la sua attestazione di partenza come pure il modulo compilato di notifica di partenza. Su questo modulo, ha annotato che stava percependo le prestazioni della Cassa di disoccupazione (svizzera). L'assicuratore malattie ha quindi confermato all'assicurato l'uscita dall'assicurazione di base a partire dal 24 luglio 2023 e gli ha restituito i premi già pagati per il periodo dal 25 al 31 luglio 2023.

Il 19 settembre 2023, l'assicurato ha ricevuto una lettera dall'assicuratore in cui si affermava che la sua disdetta non poteva essere accettata, perché aveva ancora importi arretrati in sospeso. Allo stesso tempo, gli è stata inviata una nuova polizza valida dal 25 luglio 2023. Successivamente, l'assicurato ha ricevuto ulteriori fatture per il pagamento dei premi. Su sua richiesta, il 24 novembre 2023 l'assicuratore malattie lo ha informato che era ancora soggetto all'obbligo assicurativo svizzero, perché riceveva l'indennità di disoccupazione dalla Svizzera; la situazione sarebbe cambiata solo se avesse esercitato il diritto di opzione. Poiché l'assicurato non aveva inviato il modulo U2 (autorizzazione a mantenere l'indennità di disoccupazione durante la ricerca di un lavoro in un altro Stato), l'assicurazione sarebbe terminata il 23 ottobre 2023, in quanto l'indennità di disoccupazione poteva essere versata all'estero per un massimo di tre mesi. Se il periodo per il quale è stata percepita l'indennità di disoccupazione è stato inferiore a tre mesi, l'assicuratore chiedeva l'invio del modulo U2. L'assicurato, sconcertato dal modo di procedere dell'assicuratore e ignaro del significato del modulo U2, ha contattato l'Ufficio di mediazione all'inizio di novembre 2023.

Quest'ultimo ha richiesto la polizza assicurativa inviata all'assicurato per il periodo dal 24 luglio 2023 e il modulo U2 che era stato compilato nel frattempo.

Conformemente all'Allegato II, Sezione A cpv. 1 lett. i cifra 3 a iii ALC (Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone) le persone che beneficiano di prestazioni di disoccupazione dell'assicurazione contro la disoccupazione svizzera sono soggette all'assicurazione obbligatoria in Svizzera, riservata la possibilità di esenzione.

Il modulo U2 trasmesso all'Ufficio di mediazione mostrava che l'assicurato aveva ricevuto l'indennità di disoccupazione per il periodo massimo di tre mesi per il versamento all'estero. Si è quindi stabilito che era ancora soggetto all'assicurazione obbligatoria presso il suo assicuratore fino al 23 ottobre 2023, tanto più che il periodo di tre mesi per esercitare il diritto di opzione era scaduto il 24 ottobre 2023. Tuttavia, poiché la polizza valida dal 25 luglio 2023 riportava un modello di medico di famiglia e una franchigia di fr. 2500.-, era chiaro che l'assicuratore aveva erroneamente emesso un contratto svizzero (con premi più elevati) anziché un contratto UE. Conformemente all'art. 101a OAMal, le forme particolari d'assicurazione secondo gli art. 93-101 OAMal non sono date per gli assicurati residenti nell'UE o in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito. Possono assicurarsi solo con una libera scelta del medico e una franchigia di



fr. 300.-. A seguito dell'intervento dell'Ufficio di mediazione presso l'assicuratore, quest'ultimo ha emesso una polizza UE con premi UE (inferiori).

### 3.3 Cambiamento dell'assicurazione di base

#### Caso 6 Revoca della disdetta

Un'assicurata ha disdetto tempestivamente la sua assicurazione di base per il 31 dicembre 2022, e si è informata presso un nuovo assicuratore per stipulare l'assicurazione di base per il 2023. Si è affiliata tramite mezzi elettronici a un nuovo assicuratore di base, senza apparentemente rendersene conto. L'assicurata ha tuttavia deciso successivamente di rimanere con il suo precedente assicuratore. A tal fine, ha presentato una nuova dichiarazione di affiliazione per il 2023 presso quest'ultimo.

Il nuovo assicuratore ha inviato all'assicuratore precedente l'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore richiesta dalla legge. A partire da gennaio 2023, l'assicurata ha ricevuto fatture dei premi sia dal precedente che dal nuovo assicuratore, a causa dell'esistenza di una doppia assicurazione. In primavera ha scritto più volte al nuovo assicuratore chiedendo di annullare l'assicurazione di base, ma non ha ottenuto risposta, ricevendo invece delle diffide e infine nell'estate del 2023, un precetto esecutivo.

L'assicurata si è rivolta all'Ufficio di mediazione e ha chiesto di poter rimanere con l'assicuratore precedente con effetto retroattivo dal 1° gennaio 2023, tanto più che aveva pagato i premi e ricevuto le prestazioni attraverso di esso.

L'Ufficio di mediazione ha innanzitutto chiarito con il precedente assicuratore quando aveva ricevuto la nuova dichiarazione di affiliazione come pure l'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore. Questi accertamenti hanno rivelato che l'assicuratore precedente aveva ricevuto entrambi i documenti lo stesso giorno, ossia il 21 dicembre 2022. L'assicuratore precedente ha considerato la nuova dichiarazione di affiliazione come una revoca della disdetta data nel novembre 2022 e ha informato l'Ufficio di mediazione che sarebbe stato disposto a reintegrare la persona assicurata nella sua assicurazione di base.

L'Ufficio di mediazione ha successivamente contattato il nuovo assicuratore e ha chiesto se fosse disposto ad annullare l'assicurazione di base dell'assicurato con effetto retroattivo dal 1° gennaio 2023, anche a causa del malinteso da parte dell'assicurata al momento della conclusione del contratto per via elettronica. Il nuovo assicuratore ha informato l'Ufficio di mediazione che non era disposto ad annullare l'assicurazione di base, perché la dichiarazione di affiliazione (ovvero la revoca della disdetta) non era arrivata prima della ricezione dell'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore, ma lo stesso giorno.

L'Ufficio di mediazione ha dovuto informare l'assicurato che la decisione del nuovo assicuratore era conforme alla giurisprudenza del Tribunale federale (sentenza del TF 9C\_930/2010 consid. 2.3) e doveva essere accettata. Di conseguenza, il prece-

dente assicuratore ha disdetto l'assicurazione di base per il 2023. I premi e le prestazioni pagate sono stati regolati direttamente tra i due assicuratori.

### 3.4 Casi con riferimento ai premi

A partire dalla metà di ottobre 2023, l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie ha registrato un forte aumento delle richieste di informazioni concernenti gli aumenti dei premi per il 2024. Molti assicurati ci hanno chiesto come fosse possibile che il loro premio fosse enormemente più alto rispetto all'aumento dei premi dell'8,6% annunciato dal Consiglio federale o al premio medio del loro cantone. Un assicuratore ha aumentato i premi di uno dei suoi modelli di assicurazione particolari a tal punto che molti assicurati hanno contattato l'Ufficio di mediazione, ritenendo che ci fosse un errore. Tuttavia, un controllo dei rispettivi premi rispetto ai premi approvati pubblicati su [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch) ha confermato che erano corretti.

Molti assicurati credono che l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie possa fare qualcosa per i premi elevati nei singoli casi. Tuttavia, non è così. L'Ufficio di mediazione può solo spiegare agli assicurati che i premi pubblicati sono stati approvati dall'UFSP. Inoltre, può mettere in chiaro che l'aumento dei premi annunciato dal Consiglio federale in ottobre è un valore medio per tutta la Svizzera, che può variare al ribasso e soprattutto al rialzo a seconda dell'assicuratore, del luogo di domicilio e del modello assicurativo scelto.

L'Ufficio di mediazione dà agli assicurati che soffrono per l'onere dei premi - e sono molti - consigli su come risparmiare sui premi. A partire da circa metà ottobre, l'Ufficio di mediazione raccomanda agli assicurati di confrontare i premi degli assicuratori e i loro modelli assicurativi nella propria regione di premio tramite il sito [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch) e di considerare, se possibile, anche un aumento della franchigia. Inoltre, alcuni assicurati non sono ancora a conoscenza dello strumento di riduzione individuale del premio. L'Ufficio di mediazione spiega loro come e dove devono registrarsi. Richiama altresì l'attenzione dei beneficiari di una rendita AVS o AI sulla possibilità di ricevere prestazioni complementari. Spiega inoltre che i beneficiari di prestazioni complementari nel senso dell'art. 14 cpv. 1 lett. g LPC hanno anche diritto al rimborso della partecipazione ai costi secondo l'art. 64 LAMal. I beneficiari di una prestazione complementare annuale possono quindi recuperare la franchigia pagata alla propria assicurazione malattie fino a fr. 300.- e l'aliquota percentuale fino a fr. 700.- tramite le prestazioni complementari. Anche le persone che non hanno diritto alle prestazioni complementari annuali a causa di un'eccedenza dei redditi possono richiedere il rimborso della partecipazione ai costi pagata, che supera l'eccedenza di reddito, all'Ufficio delle prestazioni complementari (art. 14 cpv. 6 LPC).

Nel fornire consulenza sull'ottimizzazione dei premi, l'Ufficio di mediazione constata sempre più spesso che molti assicurati hanno già esaurito tutte le loro opzioni e che non esiste praticamente più alcun potenziale di risparmio.

## Caso 7 Obbligo di notifica del nuovo premio

Un assicurato ha prestato servizio militare tra luglio 2022 e aprile 2023. Poiché il servizio militare è durato più di 60 giorni, l'assicurazione di base è stata sospesa su richiesta dell'assicurato (art. 3 cpv. 4 LAMal). Nell'ottobre 2022 – ossia durante il periodo di sospensione – l'assicurato ha ricevuto la polizza per il 2023 dal suo assicuratore malattie. La polizza conteneva l'annotazione «sospesa dal 4 luglio 2022 al 27 aprile 2023», senza menzionare un premio mensile (fr. 0.00). Il 2 febbraio 2023 l'assicurato ha ricevuto una nuova polizza valida dal 28 aprile 2023 con un premio di fr. 358.20. L'assicurato ha poi disdetto l'assicurazione di base il 18 febbraio 2023 con effetto dal 31 marzo 2023 e si è iscritto a un nuovo assicuratore per il 1° aprile 2023. Il precedente assicuratore si è rifiutato di accettare la disdetta e ha informato l'assicurato che nell'ottobre 2022 era stato informato per lettera che sarebbe stato soggetto a un aumento del premio a causa di un cambiamento di età (l'assicurato ha compiuto 26 anni nel 2023 ed è quindi passato dalla categoria di premio «giovane adulto» a quella «adulto»). Avrebbe quindi potuto informarsi lui medesimo sull'importo del nuovo premio.

L'Ufficio di mediazione è intervenuto presso l'assicuratore. Ha fatto riferimento all'art. 7 cpv. 2 LAMal, secondo il quale l'assicurato può cambiare assicuratore per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio, con preavviso di un mese. L'assicurato non è stato informato del nuovo premio (come di consueto) nell'ottobre 2022, ma solo il 2 febbraio 2023. Pertanto, la disdetta dell'assicurato del 18 febbraio 2023, data entro un mese dalla notifica del nuovo premio, è stata effettuata tempestivamente ed è entrata in vigore il 31 marzo 2023. Non è corretto sostenere che l'assicurato avrebbe potuto venire a conoscenza del nuovo premio da solo. Questo è compito dell'assicuratore. L'assicuratore ha seguito la nostra argomentazione e ha annullato l'assicurazione con effetto dal 31 marzo 2023, avendo già ricevuto l'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore all'inizio di marzo 2023.

L'Ufficio di mediazione riceve ripetutamente casi in cui gli assicurati vengono informati dei premi per l'anno successivo solo dopo il mese di ottobre e quindi troppo tardi. In tal caso, gli assicurati hanno un diritto di disdetta anche dopo il 30 novembre (BSK KVG-Eugster, n. 7 ad art. 7). In queste circostanze, l'assicurato deve notificare all'assicuratore la disdetta entro un mese dalla notifica (tardiva) del nuovo premio, con effetto dalla fine del mese successivo. Finché l'assicurazione non viene annullata, l'assicurato deve pagare i premi più elevati (dal 1° gennaio), anche se non sono stati notificati in tempo. Tuttavia, egli ha la possibilità di reclamare un risarcimento danni all'assicuratore precedente conformemente all'art. 7 cpv. 6 LAMal (differenza di premio).

Se l'assicuratore ha comunicato il nuovo premio tempestivamente, ma l'assicurato ne ha preso conoscenza troppo tardi (ad esempio perché non ha consultato la nuova polizza inserita nel portale clienti), non può invocare la procedura descritta sopra. In tal caso, la disdetta dopo il 30 novembre è esclusa e l'assicurato rimarrà con il suo precedente assicuratore per l'anno successivo.

## Caso 8 Esecuzione nonostante il pagamento anticipato del premio annuale

Una famiglia di cinque persone ha cambiato il proprio assicuratore di base nel 2023. Il titolare delle polizze ha scelto un metodo di pagamento annuale e ha pagato i premi annuali di tutti i membri della famiglia puntualmente entro il 1° gennaio 2023. Alla fine di gennaio 2023, ha ricevuto una diffida dall'assicuratore. Egli ha quindi contattato il suo assicuratore e ha fatto presente - presentando la ricevuta di pagamento - che aveva già pagato tutti i premi per il 2023. L'assicurato non ha ricevuto alcuna risposta dall'assicuratore, bensì un'altra diffida e infine un'esecuzione per l'importo totale del premio annuale 2023.

L'assicurato ha contattato l'Ufficio di mediazione, che è intervenuto presso l'assicuratore. Dopo aver chiarito i fatti del caso, l'assicuratore ha informato l'Ufficio di mediazione che la famiglia assicurata era già stata assicurata presso di lui otto anni prima. I vecchi contratti erano stati riattivati per errore, per cui il pagamento del premio era stato erroneamente accreditato ai vecchi contratti e non ai nuovi. L'assicuratore si è scusato per l'errore, ha contabilizzato correttamente l'importo ricevuto e ha ritirato l'esecuzione.

Nel 2023, l'Ufficio di mediazione ha riscontrato che alcuni assicuratori in casi frequenti non hanno risposto prontamente alle lettere degli assicurati, rispettivamente in alcuni casi non hanno risposto affatto, e quindi non hanno prestato sufficiente attenzione ai loro reclami. Questo agire è estremamente insoddisfacente per gli assicurati, in quanto permangono incertezze e spesso sorgono ulteriori problemi, come per esempio precetti esecutivi o addirittura annunci di pignoramento dello stipendio. Ciò comporta anche un onere inutile all'amministrazione dell'assicuratore, ad esempio, prima avviando misure esecutive e successivamente ritirandole. Anche l'Ufficio di mediazione è ulteriormente gravato da queste difficoltà amministrative di alcuni assicuratori. Inoltre, in questi casi, le sue attività si limitano a informare l'assicuratore che deve cortesemente trattare i reclami dell'assicurato.

### 3.5 Casi con riferimento alla protezione dei dati

Gli assicurati si rivolgono sempre più spesso all'Ufficio di mediazione con richieste di informazioni relative a questioni di protezione dei dati. Si tratta di questioni come l'obbligo di collaborazione dell'assicurato nel senso dell'art. 28 LPGA, la conservazione di dati personali nel servizio medico fiduciario, la portata delle procure, le richieste di consultazione degli atti conformemente all'art. 47 cpv. 1 lett. a LPGA o il diritto d'accesso nel senso dell'art. 25 LPD.

## Caso 9 Case Management nell'assicurazione di base

Un'assicurata presso un assicuratore con un modello assicurativo particolare (modello medico di famiglia) ha ricevuto il 10 febbraio 2023 una lettera non richiesta dall'assicuratore con la seguente formulazione:

Oggetto: La preghiamo di chiamarci

Gentile Signora X

La preghiamo di chiamarci al numero ... in modo da poter discutere con Lei di una questione.

Di che questione si tratta? In base alle nostre informazioni, Lei potrebbe trovarsi in una situazione di salute difficile, che potrebbe avere un impatto anche sulla sua situazione professionale, sociale e/o finanziaria. Con il nostro Case Management globale, Le forniamo un supporto personalizzato con l'obiettivo di migliorare la sua salute e gli ambiti correlati della sua vita.

Cordiali saluti

L'assicurata non ha reagito allo scritto. Il 1° marzo 2023, ha ricevuto un messaggio sulla sua casella vocale da una case manager dell'assicuratore. Quest'ultima ha chiesto di essere richiamata.

L'assicurata si è quindi rivolta indignata all'Ufficio di mediazione e ha affermato di ritenere che i suoi diritti personali (protezione della personalità e protezione dei dati) fossero stati gravemente violati attraverso queste prese di contatto. L'assicurata aveva una posizione professionale stabile e una cerchia di amici affidabili. Ha dovuto richiedere delle prestazioni al suo assicuratore a causa di una malattia. Tuttavia, ritiene che il procedere dell'assicuratore sia inammissibile e chiede che la lettera del 10 febbraio 2023 venga cancellata.

L'Ufficio di mediazione ha innanzitutto consultato il regolamento d'assicurazione per il modello del medico di famiglia. Questo prevedeva la possibilità di gestione del caso tramite case management. Era inoltre previsto che la persona assicurata si impegnasse, tra l'altro, a rispettare le misure di assistenza e gestione integrate e a sottoporsi a misure di assistenza integrate speciali. Queste potrebbero includere, segnatamente ad esempio, la gestione del caso tramite case management. I regolamenti contengono anche disposizioni sulla protezione dei dati, anche per quanto riguarda il case management.

La dottrina ritiene che una persona possa essere obbligata ad accettare il case management solo nell'ambito di un modello assicurativo particolare (SBVR Soziale Sicherheit-EUGSTER, n. 619). Altrimenti un sistema di case management come sistema di efficienza e controllo non è previsto dalla LAMal. Prima di dare il consenso, la persona interessata deve essere informata, nel senso dell'art. 27 cpv. 1 LPGa, che il suo assicuratore malattie è il mandante e che l'obiettivo principale del case manager è il risparmio dei costi delle prestazioni (perché solo ciò è legalmente in grado di giustificare il case management a spese della LAMal), ma che c'è anche un beneficio per il paziente.

L'Ufficio di mediazione ha poi contattato l'assicuratore malattie e ha chiesto quali dati fossero stati analizzati nel caso dell'assicurata. L'Ufficio di mediazione voleva anche sapere se nel regolamento sarebbe stata inclusa l'indicazione che lo scopo principale della gestione dei casi con case management fosse quello di risparmiare sui costi delle prestazioni.

L'Ufficio di mediazione ha ricevuto una risposta dalla Direzione Specialista di Case Management, secondo cui il case management dell'assicurazione non è destinato solo agli assicurati in modelli assicurativi particolari, ma a tutti gli assicurati. Il mandato del case management è inteso nel senso che le persone in situazioni difficili vengono sostenute per un periodo di tempo limitato, con l'obiettivo di stabilizzarle e renderle autonome. I problemi di salute hanno spesso un impatto su diversi ambiti della vita, come la famiglia, il lavoro e la vita sociale. Vi sono questioni aperte sugli accertamenti medici, sulle assicurazioni e sulle finanze. Tutto questo può costituire un sovraccarico insopportabile per una persona. I case manager dell'assicuratore sosterranno, consiglieranno e accompagneranno la persona interessata a trovare soluzioni in tutti questi ambiti. Le opzioni di sostegno vengono illustrate in un primo contatto. Se la persona assicurata è interessata, riceve un opuscolo e un foglio informativo, in modo da poter decidere se partecipare alla gestione del caso tramite case management. Se vuole partecipare, viene richiesta una procura. Si decide poi con la persona assicurata su quali obiettivi lavorare insieme. Nel caso dell'assicurata, sono state notate le spese elevate per le prestazioni. Poiché il case management non ha il compito primario di ridurre i costi delle prestazioni, non verranno inserite indicazioni in tal senso nel regolamento.

L'Ufficio di mediazione ha ricontattato l'assicuratore, in particolare perché quest'ultimo ha sottolineato che il case management dell'assicuratore non era offerto solo come parte di un modello assicurativo particolare, ma a tutti gli assicurati. L'Ufficio di mediazione ha evidenziato che la gestione del caso mediante case management è consentita solo in una forma assicurativa particolare. Inoltre, se l'offerta fosse rivolta a tutti, l'assicuratore dovrebbe filtrare i dati sull'intero effettivo degli assicurati, al fine di individuare le persone adatte alla gestione del caso mediante case management (ad esempio, a causa dei costi elevati delle prestazioni). Tuttavia, tale trattamento dei dati non rientra in nessuna delle finalità specificate all'art. 84 LAMal, e in particolare non nell'art. 84 lett. c LAMal. L'Ufficio di mediazione ha quindi richiesto che le sue due lettere di intervento fossero sottoposte al responsabile della protezione dei dati dell'assicuratore per una risposta, in quanto riguardavano questioni di protezione dei dati.

Questa richiesta non è stata accolta e l'Ufficio di mediazione ha ricevuto la risposta che il regolamento per il modello del medico di famiglia era stato approvato dall'UFSP e che avrebbe continuato ad essere rispettato. In passato, sia gli assicuratori che gli assicurati hanno avuto ottime esperienze con il case management. Se una persona assicurata dovesse contattare l'Ufficio di mediazione in un caso specifico a causa del case management, l'assicuratore sarebbe lieto di esaminare il singolo caso. Nel caso dell'assicurata, la lettera del 10 febbraio 2023 è stata annullata. L'assicurata non sarà più contattata dal case management.

L'Ufficio di mediazione mantiene il suo punto di vista secondo cui, in assenza di una base legale, non è consentito filtrare le persone da un intero pool di assicurati in base a determinati criteri (ad esempio, costi elevati delle prestazioni) e successivamente scrivere loro.

## **Caso 10 Prova della ricezione delle prestazioni precedenti**

Un'assicurata dal 2022 con l'attuale assicuratore si è sottoposta a un esame ginecologico preventivo nel 2023. Poiché l'art. 12e lett. b OPre prevede che l'assicurazione di base copra solo un esame ginecologico preventivo ogni tre anni, compreso lo striscio del cancro (a parte i primi due esami a frequenza annuali), l'assicuratore le ha inviato un formulario. L'assicurata avrebbe dovuto presentarlo al suo precedente assicuratore, per chiarire se e quando l'assicuratore avrebbe assunto i costi dell'esame preventivo. Per motivi di protezione dei dati, non sarebbe consentito richiedere queste informazioni direttamente al precedente assicuratore. L'assicurata si è rivolta all'Ufficio di mediazione. Essa ha contestato che il suo attuale assicuratore non abbia svolto lui stesso queste ricerche presso l'assicuratore precedente, ma le abbia imposto questo onere amministrativo. Sarebbe stata d'accordo con una procura per garantire la protezione dei dati. Secondo l'interessata, gli assicurati potrebbero beneficiare di un miglior trattamento in virtù di una gestione più efficiente di tali questioni.

L'Ufficio di mediazione ha informato l'assicurata di quanto segue: nell'assicurazione di base un assicuratore malattie (conformemente all'art. 32 cpv. 2 in combinato con l'art. 32 cpv. 1 lett. b LPGa) può ottenere informazioni da un altro assicuratore di base sulle prestazioni ricevute se, come nel caso sopra menzionato, le stesse sono necessarie per verificare l'obbligo d'assunzione della prestazione. Anche l'assicuratore precedente sarebbe autorizzato, conformemente all'art. 84a cpv. 1 lett. a LAMal, a fornire all'attuale assicuratore malattie le informazioni richieste. Poiché la trasmissione dei dati è prevista dalla legge, una procura dell'assicurata non sarebbe nemmeno necessaria. Tuttavia, il problema in costellazioni come questa è che l'attuale assicuratore, per le persone che cambiano assicurazione ogni anno, conosce solo l'assicuratore dell'anno precedente (a quest'ultimo esso doveva infatti spedire l'attestazione di affiliazione del nuovo assicuratore). L'assicuratore dell'anno precedente a quello scorso (il quale ha, per esempio, assunto l'esame ginecologico preventivo) non gli è però noto. In molti casi, quindi, l'assicuratore non saprebbe nemmeno a quale assicuratore malattie dovrebbe inviare la richiesta di prestazione fatta tre o più anni fa.

## **Caso 11 Cancellazione del portale clienti dopo il cambiamento di assicuratore**

Nel 2023 l'Ufficio di mediazione è stato contattato da numerosi assicurati che si sono trovati di fronte al problema di non avere più accesso ai dati del loro portale clienti (come, per esempio, gli estratti conto delle prestazioni o dei premi, a volte anche le copie delle fatture dei fornitori di prestazioni) dopo aver cambiato l'assicurazione di base e/o l'assicurazione complementare. Un assicurato non ha più avuto accesso ai

suoi dati già il primo giorno successivo alla fine del contratto, mentre per altri assicurati l'accesso al portale clienti (e quindi ai dati in esso contenuti) è stato cancellato dopo sei mesi. Un'assicurata ha poi chiesto all'assicuratore, ma senza successo, di ripristinare l'accesso al portale clienti.

L'Ufficio di mediazione constata che gli assicurati sono spesso dell'opinione che gli assicuratori siano obbligati a conservare i loro dati nel portale clienti per un periodo di 10 anni. Non è così. Per contro, sulla base della legge sulla protezione dei dati, i dati devono essere cancellati il più rapidamente possibile.

La maggior parte degli assicuratori ha disciplinato i diritti e gli obblighi degli utenti di un portale clienti nei propri regolamenti (i cosiddetti regolamenti di utilizzo o condizioni generali). Questi possono essere utilizzati per determinare se e per quanto tempo sia ancora possibile accedere ai documenti nel portale dopo la fine del contratto. Gli assicurati, che aprono un portale clienti, dichiarano di essere d'accordo con le disposizioni accettando esplicitamente i regolamenti o – se così è stato stipulato – semplicemente utilizzando il portale clienti. L'Ufficio di mediazione consiglia pertanto agli assicurati di leggere il regolamento di utilizzo del portale clienti e di archiviare al di fuori del portale clienti i documenti che desiderano conservare oltre il termine del contratto. Negli esempi sopra citati, i termini di utilizzo degli assicuratori prevedevano che i dati venissero cancellati al termine del contratto, rispettivamente sei mesi dopo.

## 3.6 Casi con riferimento alle prestazioni

### Caso 12 Ricezione di prestazioni in caso di penuria nell'approvvigionamento

A un assicurato è stato prescritto il farmaco Saxenda dalla sua dottoressa. Le limitazioni dell'elenco delle specialità erano soddisfatte per l'assicurato. Tuttavia, il farmaco non era disponibile in nessuna delle farmacie a cui si è rivolto l'assicurato a Ginevra. L'assicurato ha informato l'Ufficio di mediazione che ogni farmacia gli aveva detto che il farmaco non era disponibile. Alla fine, ha depositato la sua ricetta in una farmacia. Quando, tre mesi dopo, il farmaco non era ancora disponibile in quella farmacia, nonostante le ripetute richieste, si è recato in Francia, vicino al confine, e lo ha acquistato lì. Egli ha poi presentato la fattura di questo acquisto e la prescrizione del medico al suo assicuratore, che ha rifiutato l'assunzione dei costi.

A seguito di un intervento dell'Ufficio di mediazione, l'assicuratore ha fatto riferimento a una circolare vincolante inviata dall'UFSP il 21 marzo 2023 agli assicuratori malattie, ai medici e ai farmacisti, che stabilisce l'obbligo di rimborso in caso di penuria di approvvigionamento per i farmaci dell'elenco delle specialità. Il documento stabilisce che i farmaci importati dall'estero sono rimborsati dall'assicurazione di base solo se vengono importati tramite una farmacia o un medico, rispettivamente una dottoressa, in caso di penuria riconosciuta di medicinali. Poiché l'assicurato si era procurato il farmaco da solo in Francia e non presso una farmacia in Svizzera, l'assicuratore ha confermato il suo rifiuto di assumere i costi. Ha anche sottolineato che avrebbe potuto



informare l'assicurato su questo aspetto se quest'ultimo l'avesse contattato prima di acquistare il farmaco in Francia.

L'Ufficio di mediazione consiglia agli assicurati di chiedere espressamente alla farmacia o al medico la possibilità di importare i farmaci se sono a corto di medicinali, a meno che il fornitore di prestazioni non lo suggerisca di propria iniziativa.

### **Caso 13 Cura prestata da un medico a sé stesso**

Un'assicurata aveva curato, come medico, sia sé stessa che i suoi quattro figli. L'assicuratore ha rimborsato interamente le fatture emesse tramite la cassa dei medici (nel sistema del terzo garante). Successivamente, l'assicuratore ha richiesto all'assicurata il rimborso di alcuni importi relativi alle fatture per il trattamento a sé stessa da lei prestato. L'assicurata ha contattato l'Ufficio di mediazione e ha affermato di aver telefonato all'assicuratore per chiedere informazioni sull'assunzione dei costi prima di sottoporsi all'autotrattamento e che l'assicuratore aveva confermato il suo obbligo di pagare le prestazioni. Tuttavia, l'assicurata non è stata in grado di precisare quando aveva chiamato l'assicuratore e con chi aveva parlato.

L'Ufficio di mediazione ha innanzitutto fatto notare all'assicurata che la cura prestata da un medico a sé stesso non è una prestazione medica a carico dell'AOMS. Ciò è stato motivato dal fatto che il rapporto contrattuale tra medico e paziente rientra nelle disposizioni legali del mandato e che nessuno può stipulare un contratto con sé stesso (DTF 133 V 416). Inoltre, alcune posizioni Tarmed addebitate a una stessa persona sono difficili da immaginare, ad es. la posizione 00.0610 (istruzioni dallo specialista al paziente per insegnargli a effettuare l'automisurazione e l'autotrattamento) o 00.0141 (studio della cartella clinica in assenza del paziente). L'assicurata non poteva trarre alcun vantaggio dal principio della buona fede, poiché l'informazione errata non era stata provata ed era anche discutibile in che misura avesse poi subito un danno. La richiesta di restituzione dell'assicuratore in merito alla cura prestata a sé stessa dalla dottoressa era quindi corretta.

### **Caso 14 Medicinali nel trattamento ambulatoriale**

Un interessato è stato assicurato con un modello assicurativo particolare, in cui i farmaci sono assunti solo se acquistati in una farmacia riconosciuta dall'assicuratore. Fanno eccezione a questa regola i casi di urgenza accertata. L'assicurato doveva sottoporsi a una chemioterapia ambulatoriale. Prima della terapia endovenosa nello studio medico, gli veniva somministrato un farmaco anti-nausea che figura nell'elenco delle specialità. Il medico ha fatturato il farmaco durante i primi 12 trattamenti nel sistema del terzo pagante. L'assicuratore ha assunto i costi. Per il 13° trattamento, il medico ha fatturato il farmaco direttamente alla persona assicurata (terzo garante). L'assicurato ha presentato la relativa fattura all'assicuratore per il rimborso. L'assicuratore ha rifiutato di assumere i costi. L'assicurato ha contattato l'Ufficio di mediazione e ha chiesto se la procedura dell'assicuratore fosse corretta.

L'Ufficio di mediazione ha consigliato all'assicurato di chiedere una conferma scritta al medico curante che aveva procurato lui stesso il farmaco e lo aveva somministrato nello studio medico. Dopo aver ricevuto questa conferma, l'Ufficio di mediazione ha contattato l'assicuratore. L'assicuratore ha risposto che era disposto ad assumere i costi del farmaco in via eccezionale.

L'Ufficio di mediazione ritiene che in questo caso vi sia l'obbligo di assumere i costi. Il farmaco anti-nausea era stato procurato dal medico, faceva parte della chemioterapia ambulatoriale ed era stato somministrato precedentemente a questa.

La situazione è diversa, tuttavia, se gli assicurati che hanno scelto tale modello ricevono i farmaci dal loro medico autodistributore per l'autosomministrazione a seguito di una visita medica. Poiché questi assicurati si sono impegnati ad acquistare i farmaci solo da una farmacia convenzionata riconosciuta, gli assicuratori rifiutano di coprire i costi in queste situazioni, il che è conforme al regolamento.

# 4 Assicurazione complementare secondo la LCA

## 4.1 Conclusione del contratto

Un numero crescente di polizze assicurative viene stipulato elettronicamente. Questa tendenza è avvertita anche dall'Ufficio di mediazione, che ha rilevato un ulteriore aumento delle richieste di informazioni in relazione alle conclusioni in forma elettronica dei contratti nel 2023. Gli assicurati spesso non sono consapevoli del fatto che, con il clic di alcuni pulsanti, stanno già presentando una richiesta legalmente vincolante. Molti assicurati sono (ancora) dell'idea che sia necessaria una firma manoscritta per concludere un contratto. Non è così. Conformemente all'art. 11 cpv. 1 CO, i contratti richiedono una forma speciale solo se la legge la prescrive. Il legislatore non ha stabilito alcun requisito formale per la conclusione dei contratti assicurativi, per cui essi sono validi anche senza forma. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, un contratto assicurativo può essere stipulato, tra l'altro, via Internet, e-mail, telefono, verbalmente o anche con atti concludenti (DTF 120 II 266 consid. 3a/bb).

Se le conclusioni indesiderate del contratto in forma elettronica nell'assicurazione di base possono ancora essere parzialmente annullate retroattivamente a causa del divieto di doppia assicurazione, la situazione è più difficile nell'assicurazione complementare. Se l'assicuratore può dimostrare (ad es. con timbro temporale elettronico, cfr. esempio 15) che l'assicurato ha cliccato sul pulsante per una richiesta giuridicamente vincolante - cosa che di solito avviene - e l'assicuratore ha successivamente dichiarato la sua accettazione, la conclusione del contratto è provata.

Ignorando di aver stipulato un contratto o supponendo che la polizza successivamente inviata sia una svista dell'assicuratore, molti assicurati non rispettano poi il termine di 14 giorni per revocare la richiesta nel senso dell'art. 2a cpv. 2 LCA.

Il caso successivo illustra lo svolgimento di un contratto di assicurazione complementare stipulato in via elettronica. La sequenza delle singole fasi o i mezzi di comunicazione utilizzati possono variare da assicuratore a assicuratore. Tuttavia, il cosiddetto timbro temporale deve essere disponibile presso ogni assicuratore, per dimostrare che è stata presentata una richiesta giuridicamente valida.

## Caso 15 Forza obbligatoria di una proposta di assicurazione online

Una giovane assicurata ha contattato l'Ufficio di mediazione e ha dichiarato di avere apparentemente cinque polizze di assicurazione complementare con una durata dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2025, senza essere consapevole di aver stipulato un contratto. Si era interessata a concludere assicurazioni complementari. Aveva anche avuto un colloquio di consulenza presso l'agenzia di un assicuratore e aveva ricevuto un'offerta, ma aveva poi deciso di rinunciare del tutto all'assicurazione complementare. Dopo aver ricevuto il conteggio dei premi per le cinque polizze di assicurazione complementare, l'assicurata ha contattato l'assicuratore e ha chiesto di annullarle. L'assicuratore le ha quindi comunicato che le assicurazioni complementari sarebbero state mantenute e non avrebbero potuto essere disdette fino al 31 dicembre 2025. Ulteriori tentativi da parte dell'assicurata non hanno avuto successo, ed è per questo che ha contattato l'Ufficio di mediazione nell'estate del 2023.

L'Ufficio di mediazione ha chiesto all'assicuratore di dimostrare se, quando e come fosse stata conclusa una proposta di assicurazione giuridicamente vincolante e il successivo contratto. Gli accertamenti hanno mostrato il seguente corso degli eventi: dopo aver consultato la piattaforma Comparis, l'assicurata ha ricevuto un'offerta dall'assicuratore via e-mail il 29 novembre 2022. Il 13 dicembre 2022, si è svolto un incontro con l'assicurata presso l'agenzia dell'assicuratore, durante il quale il questionario sulla salute è stato discusso e compilato dal consulente. Lo stesso giorno, l'assicurata ha ricevuto un'altra e-mail contenente la richiesta con le domande sulla salute completate. In questa e-mail c'era un campo «Stampare l'offerta non vincolante o stipulare l'assicurazione online». L'assicurata ha cliccato su questo campo e le è stato chiesto un codice di accesso. In precedenza, aveva ricevuto questo codice verbalmente dal consulente clienti. Dopo aver inserito il codice di accesso e aver cliccato sul campo «Registrati», è apparsa una nuova pagina in cui è possibile visualizzare in alto i prodotti dell'assicurazione complementare selezionati dall'assicurato con i premi e gli altri documenti richiesti dalla legge per l'assicurazione complementare (art. 3 LCA e art. 45 LSA). Scritte in caratteri più piccoli, vi erano osservazioni aggiuntive più in basso. Accettando le osservazioni aggiuntive (tra cui le modalità di conclusione di un contratto online), la conoscenza delle condizioni generali e delle dichiarazioni sulla protezione dei dati, come pure cliccando sul pulsante «Concludi ora», la richiesta è stata inviata all'assicuratore con effetto vincolante. Allo stesso tempo, nel sistema dell'assicuratore è stato generato un documento con il cosiddetto timbro temporale.

Offerta: 100128137  
Capofamiglia: Signora X  
Data della firma: 13.12.2022 11:31:51 +01:00  
Consulente clientela: Signor Y

Il numero di offerta ivi indicato corrispondeva all'offerta inviata all'assicurata via e-mail il 29 novembre 2022, come pure nuovamente il 13 dicembre 2022. La nuova polizza è stata emessa e inviata all'assicurata il 15 dicembre 2022. Sulla base di questa situazione di partenza, l'Ufficio di mediazione ha dovuto informare l'assicurata che era stato dimostrato che era stato concluso un contratto per le cinque assicurazioni complementari. Poiché anche il termine di revoca di 14 giorni nel senso dell'art. 2a cpv. 2 LCA, che decorre dal 14 dicembre 2022, era scaduto senza essere stato utilizzato, l'assicuratore aveva il diritto di mantenere le assicurazioni complementari.

## Caso 16 Accordo sulle riserve

Un assicurato ha presentato una richiesta a un assicuratore per la conclusione di sei assicurazioni complementari con effetto dal 1° gennaio 2024. Con scritto del 24 luglio 2023, il nuovo assicuratore lo ha informato che sarebbe stata effettuata una riserva per quattro prodotti espressamente indicati (stato dopo frattura della caviglia sinistra / ricadute e conseguenze tardive). Senza riscontro dell'assicurato entro 10 giorni, si presume che accetti questa decisione. Il 28 settembre 2023 l'assicurato ha informato l'assicuratore di non voler concludere nessuna assicurazione complementare. Il 28 ottobre 2023 l'assicurato ha ricevuto la polizza per l'assicurazione complementare con una riserva per quattro prodotti su sei. Il 7 novembre 2023 l'assicurato ha chiesto nuovamente all'assicuratore di annullare tutte le assicurazioni complementari, ma senza successo. Egli ha contattato l'Ufficio di mediazione, che è intervenuto presso l'assicuratore.

L'Ufficio di mediazione ha sostenuto che se l'assicuratore fissa una riserva, questa costituisce una controfferta. Se l'assicurato desidera accettare una controfferta, deve farlo espressamente, altrimenti la controfferta deve essere considerata rifiutata (Olivier Subilia, in Commentaire romand, Loi sur le contrat d'assurance, 2022, n. 102 ad art. 1). Poiché l'assicurato non ha mai accettato espressamente la controfferta del 24 luglio 2023 dell'assicuratore, non è stato concluso alcun contratto in relazione ai quattro prodotti. L'Ufficio di mediazione ha inoltre chiesto all'assicuratore di valutare se annullare le due polizze di assicurazione complementare rimanenti, che non erano state oggetto di alcuna riserva e quindi erano state validamente concluse, come gesto di buona volontà.

L'assicuratore ha di conseguenza annullato tutte e sei le polizze di assicurazione complementare, quattro per motivi legali e due come gesto di buona volontà.

## 4.2 Sospensione delle prestazioni

### Caso 17 Decadenza di una sospensione delle prestazioni

Un assicurato ha contattato l'Ufficio di mediazione in merito al rifiuto di assumere i costi per l'impianto di una protesi all'anca sinistra nel reparto semiprivato, programmato per il 24 novembre 2022 presso la clinica La Colline di Ginevra. Secondo l'assicuratore, il motivo del rifiuto dei costi era l'esistenza di una sospensione delle pre-

stazioni nel senso dell'art. 20 cpv. 3 LCA, verificatasi per il mancato pagamento di alcuni premi nella primavera del 2022. Tuttavia, egli aveva pagato i premi per il terzo e quarto trimestre del 2022. Inoltre, il 9 dicembre 2022, egli ha pagato i premi arretrati diffidati della primavera 2022. Il 13 dicembre 2022 l'assicuratore gli ha comunicato telefonicamente che, a seguito della sospensione delle prestazioni, non avrebbe più emesso una garanzia dell'assunzione delle spese per l'anca sinistra. Gli è stato consigliato di avviare i preparativi per l'impianto della protesi dell'anca presso l'Ospedale Universitario di Ginevra. L'assicurato non è stato d'accordo e ha contattato l'Ufficio di mediazione.

L'Ufficio di mediazione ha chiesto all'assicurato di comunicargli se fosse mai stato escusso dall'assicuratore per l'arretrato della primavera 2022, fatto che egli ha negato. L'Ufficio di mediazione si è quindi rivolto all'assicuratore e ha sostenuto che, in assenza di un procedimento esecutivo, conformemente alla finzione giuridica prevista all'art. 21 cpv. 1 LCA, i contratti sono decaduti due mesi dopo la scadenza del termine di diffida di 14 giorni, ovvero il 29 agosto 2022. Dato che l'assicuratore aveva accettato i premi pagati regolarmente e puntualmente dall'assicurato per il periodo a partire da luglio 2022, è stato concluso per atti concludenti un nuovo contratto (con le stesse condizioni del contratto decaduto). Questo nuovo contratto non è stato soggetto ad alcuna sospensione delle prestazioni, in quanto l'assicurato aveva pagato i premi tempestivamente a partire dal luglio 2022 e la sospensione delle prestazioni del contratto precedente è decaduta insieme ad esso.

L'assicuratore ha comunicato all'Ufficio di mediazione, citando l'art. 21 cpv. 2 LCA, che - se il premio fosse stato accettato più tardi dall'assicuratore - la sua responsabilità sarebbe rinata nel momento in cui il premio arretrato, compresi interessi e spese, fosse stato pagato. L'assicurato ha pagato il premio arretrato solo il 9 dicembre 2022. Pertanto, la sospensione delle prestazioni è decaduta solo il 9 dicembre 2022, pertanto, e tutte le malattie che sono state diagnosticate (per la prima volta) durante la sospensione delle prestazioni fino al 9 dicembre 2022 sono per sempre escluse dalla copertura.

L'Ufficio di mediazione è intervenuto una seconda volta presso l'assicuratore e ha evidenziato che l'art. 21 cpv. 2 LCA disciplina solo il caso in cui i premi arretrati vengano pagati entro il periodo di due mesi nel senso dell'art. 21 cpv. 1 LCA. In questo caso, la sospensione delle prestazioni viene annullata dal momento in cui l'assicuratore riceve il premio arretrato, compresi gli interessi.

Nel caso in questione, tuttavia, il pagamento da parte dell'assicurato è stato ricevuto dall'assicuratore dopo la scadenza del termine di due mesi del 29 agosto 2022, dato che l'assicurato ha pagato gli arretrati per la primavera 2022 solo il 9 dicembre 2022. Non era pertanto applicabile l'art. 21 cpv. 2 LCA ma l'art. 21 cpv. 1 LCA. Secondo questo articolo di legge, una volta scaduto il termine di diffida di 14 giorni, il destino del contratto è nelle mani dell'assicuratore. Potrebbe così verificarsi una delle seguenti tre costellazioni:

1. L'assicuratore chiede il premio arretrato entro due mesi (tramite procedura esecutiva). Questo dimostra che esso intende mantenere il contratto.
2. L'assicuratore informa l'assicurato che rinuncia ai premi arretrati e disdice il contratto.
3. L'assicuratore lascia trascorrere il termine di due mesi senza agire (ossia senza compiere il passo 1 o 2). In questo caso, la legge stabilisce la presunzione irrefutabile che il contratto decade dopo il termine di due mesi.

Nel caso in questione, l'assicuratore aveva lasciato trascorrere il termine di due mesi (costellazione 3). I contratti dell'assicurato sono stati quindi annullati. Tuttavia, poiché i premi sono stati pagati puntualmente a partire dal luglio 2022 e l'assicuratore non ha rifiutato questi pagamenti, è stato tacitamente concluso un nuovo contratto sulla base dell'art. 1 CO, tanto più che c'era un consenso sui punti contrattuali essenziali come i premi e le prestazioni.

L'assicuratore ha successivamente informato l'Ufficio di mediazione che un riesame del caso aveva consentito di concedere una garanzia dell'assunzione delle spese per un soggiorno ospedaliero presso la clinica La Colline per l'impianto della protesi all'anca. L'assicuratore avrebbe contattato il fornitore di prestazioni e avrebbe comunicato la garanzia dell'assunzione delle spese per il soggiorno nel reparto semiprivato, in conformità del prodotto assicurativo corrispondente.

# 5 Assicurazione d'indennità giornaliera

## 5.1 Incapacità lavorativa correlata al posto di lavoro

Nell'anno in esame, l'Ufficio di mediazione ha registrato numerosi casi d'indennità giornaliera per malattia che comportano un'incapacità lavorativa correlata al posto di lavoro. Con un assicuratore in particolare, l'Ufficio di mediazione ha riscontrato che agli assicurati venivano talvolta sottoposti accordi transattivi discutibili.

### Caso 18 Accordo transattivo

Un'assicurata era alle dipendenze di un datore di lavoro con un contratto di lavoro a tempo indeterminato ed era assicurata per la perdita di guadagno sulla base di un contratto collettivo per le indennità giornaliera di malattia. L'assicurata ha rescisso il contratto di lavoro con effetto al 31 luglio 2023. A causa di mobbing sul lavoro, dal 24 marzo 2023 è stata inabile al lavoro al 100%. Il 27 giugno 2023 è stata invitata dall'assicuratore indennità giornaliera a un colloquio per l'esame della situazione, durante il quale è stato redatto un progetto di accordo. Questo indicava in parte quanto segue:

Riduzione del danno / Recesso dal contratto collettivo

1. fatti del caso

La signora X. è inabile al lavoro al 100% dal 24 marzo 2023 a causa di disturbi psichici. L'incapacità lavorativa è stata causata da problemi esistenti sul posto di lavoro. L'esistenza di detti problemi è stata confermata dalla stessa signora X. durante l'esame della situazione del 27 giugno 2023. La signora X. è stata informata che l'assicuratore Y. non è tenuto a pagare le prestazioni in caso di problemi sul posto di lavoro comprovati. La signora X. ha espresso il timore di dover restituire le indennità giornaliera già versate, che ammontano a fr. 7322.- alla data di uscita. In tal caso sarebbe stata costretta a rivolgersi all'ufficio di assistenza sociale.

Dopo una discussione approfondita, si è deciso di comune accordo di raggiungere questo accordo transattivo, in modo che entrambe le parti possano separarsi l'una dall'altra con il minor danno possibile



## 2. Accordo transattivo

Al fine di evitare una controversia legale, le parti concludono il seguente accordo:

- 1.1. L'importo in restituzione ammonta a fr. 7 322.-. L'assicuratore Y. rinuncia all'importo totale della pretesa in restituzione contrattuale.
- 1.2. L'assicurata X. è esonerato dall'obbligo di rimborso.
- 1.3. L'assicurata X. dichiara inoltre di accettare la cessazione delle indennità giornaliere a partire dal 31 luglio 2023 e rinuncia a far valere ulteriori crediti, di cui al contratto collettivo di indennità giornaliera per malattia.
- 1.4. Le parti convengono che l'assicurata X. è uscita dal contratto collettivo di indennità giornaliera per malattia, che non sussiste più alcuna ulteriore pretesa alle prestazioni assicurative e che l'assicurata X. rinuncia al diritto del trasferimento a un contratto individuale di indennità giornaliera per malattia.
- 1.5. Le parti contraenti sono reciprocamente tacitate per saldo di tutte le pretese al 31 luglio 2023.

## 3. accordo di riservatezza

Le parti si impegnano a trattare i dettagli del presente accordo in modo confidenziale. In particolare, le informazioni sui contenuti della trattativa e sul suddetto importo non saranno comunicate a terzi (...).

L'assicurata non ha firmato l'accordo durante l'incontro. Si è quindi rivolta all'Ufficio di mediazione e ha dichiarato di non essere in grado di rimborsare all'assicuratore l'importo richiesto, motivo per cui probabilmente avrebbe dovuto firmare l'accordo sottopostole.

L'Ufficio di mediazione ha consigliato all'assicurata di non firmare l'accordo transattivo. L'ha informata che l'affermazione dell'assicuratore secondo cui non vi era alcun obbligo di pagare le prestazioni in caso di incapacità lavorativa correlata al posto di lavoro non era corretta. Inoltre, l'Ufficio di mediazione ha spiegato all'assicurata il suo diritto di trasferimento all'assicurazione individuale concessa nelle condizioni generali di assicurazione, rispettivamente quali conseguenze vi sono in caso di rinuncia a tale diritto. L'assicurata ha poi rinunciato a firmare l'accordo transattivo. Ha ricevuto l'indennità giornaliera di malattia tramite il suo datore di lavoro fino al 31 luglio 2023.

