

## Factsheet Diabete mellito e assicurazione complementare facoltativa

### 1. Principio

Chi non si accontenta delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie può stipulare un'assicurazione complementare. Peraltro deve essere consapevole che l'assicurazione complementare sottostà alle norme legali delle assicurazioni private. Vigè il principio della libertà contrattuale, e questo per entrambi i contraenti: non solo gli interessati sono liberi di stipulare o meno un'assicurazione complementare, ma anche gli assicuratori non sono obbligati a stipulare un'assicurazione con una determinata persona.

Le casse malati possono rifiutarsi di stipulare un'assicurazione complementare, in particolare con il motivo che il rischio di un sinistro è elevato. Perciò molto spesso le persone con una compromissione della salute (come p.es. il diabete mellito) non trovano nessun assicuratore disposto a stipulare un'assicurazione per loro. Lo stesso vale per le persone in età avanzata. Sempre che trovino una compagnia disposta ad accettarle, devono poi pagare premi proibitivi.

### 2. Gli assicuratori

Chi vuole stipulare un'assicurazione complementare, è libero di scegliere l'assicuratore che preferisce. L'assicurazione complementare non deve necessariamente essere conclusa con la cassa malati, presso la quale è stata stipulata l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie.

Chi intende cambiare la cassa malati dell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie, fa meglio a non disdire le assicurazioni complementari in essere, finché la nuova cassa malati non abbia dichiarato di voler accettare senza riserve anche le assicurazioni complementari.

### 3. Esame dello stato di salute e divieto di reticenza

Chi vuole stipulare un'assicurazione complementare generalmente deve compilare un questionario sul suo stato di salute. È importante rispondere in modo veritiero alle domande di tale questionario. Se una persona fa dichiarazioni inesatte o sottace informazioni rilevanti e in un secondo tempo l'assicuratore se ne rende conto, la legge gli concede il diritto di recedere dal contratto entro 4 settimane dal momento in cui ha saputo della reticenza. In questo caso i premi non devono essere restituiti. È quindi più che consigliabile rispondere correttamente a tutte le domande.

#### 4. Disdetta da parte dell'assicuratore

Gli assicurati, che hanno stipulato un'assicurazione complementare già da giovani, si trovano poi in una situazione difficile se a causa di maggiori problemi di salute in età avanzata il contratto di assicurazione non viene più rinnovato o addirittura viene disdetto. Quando si stipula un'assicurazione complementare è pertanto importante controllare, se l'assicuratore si impegna contrattualmente a rinnovare sempre l'assicurazione alla scadenza e se rinuncia al suo diritto di disdetta in caso di sinistro.

#### 5. Contenuto del contratto di assicurazione

La legge non fornisce nessuna indicazione in merito al contenuto delle assicurazioni complementari. Fa stato solamente quanto hanno concordato i contraenti ovvero quello che c'è scritto nella polizza e nelle condizioni generali di assicurazione o nei regolamenti. In ogni caso, prima di stipulare un'assicurazione vale la pena di studiare bene i regolamenti.

Le assicurazioni complementari vengono offerte per coprire le prestazioni seguenti:

- assicurazioni complementari per integrare le prestazioni LAMal nel settore ambulatoriale (p.es. per coprire i costi nell'ambito della medicina alternativa, come pure i costi di occhiali o di cure dentarie)
- assicurazioni complementari per integrare le prestazioni LAMal nel settore delle cure ospedaliere (p.es. per coprire i costi di un ricovero nel reparto semiprivato o privato di un ospedale)
- assicurazioni complementari per coprire la perdita di guadagno (assicurazioni di indennità giornaliera)

Per tutta la durata del contratto il contenuto dell'assicurazione non può essere modificato unilateralmente da un contraente. Invece lo si può fare in qualsiasi momento di comune accordo, tenendo conto che per un cambiamento a carico della persona assicurata occorre il suo consenso esplicito.

#### 6. Le singole prestazioni delle assicurazioni complementari

**Medicamenti:** secondo il tipo di assicurazione complementare scelto, si possono coprire totalmente o in parte i costi dei medicinali che non figurano nell'Elenco delle specialità e che perciò non sono rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Prima di utilizzare medicinali costosi è però bene studiare accuratamente il regolamento e informarsi per iscritto dall'assicuratore, se i costi saranno effettivamente assunti.



Schweizerische Diabetes-Gesellschaft  
Association Suisse du Diabète  
Associazione Svizzera per il Diabete

**Trattamenti terapeutici:** spesso i trattamenti terapeutici, che non sono effettuati da un medico e non sono coperti nel quadro della LAMal, possono essere finanziati interamente o in parte con un'assicurazione complementare. Prima di iniziare la terapia è bene informarsi dal terapeuta o dall'assicuratore per sapere se i costi del trattamento previsto possono essere rimborsati dall'assicurazione complementare.

**Apparecchi terapeutici e mezzi ausiliari:** se i costi di un apparecchio terapeutico o di un mezzo ausiliario non vengono assunti né dall'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie né dall'AI, si dovrebbe verificare se eventualmente non si possono coprire con un'assicurazione complementare. Per esempio spesso i regolamenti prevedono il pagamento di contributi per gli occhiali.

**Spese di trasporto:** l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie concede soltanto contributi modestissimi per i costi dei trasporti necessari in relazione a una cura medica. In questo caso intervengono spesso le assicurazioni complementari con ulteriori contributi. I dettagli si possono leggere nei relativi regolamenti.

**Cure dentarie:** in massima parte le cure dentarie non sono coperte dall'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie. Per questo motivo gli assicuratori malattie offrono assicurazioni complementari che si assumono una parte di tali costi. Queste assicurazioni sono particolarmente consigliabili per i bambini, in vista dei costi elevati delle correzioni ortodontiche, tenendo conto che in questi casi bisogna evitare che l'assicurazione sia stipulata troppo tardi.

**Cure ambulatoriali e aiuto domiciliare:** in questo ambito ogni cassa ha le sue regole, che si possono trovare nei relativi regolamenti. Spesso le cure ambulatoriali vengono finanziate - almeno per un certo tempo - dalle assicurazioni complementari ospedaliere, in forma di contributi forfetari giornalieri.

**Trattamento in degenza:** la stipulazione di assicurazioni è consigliabile quando una persona desidera essere ricoverata nel reparto semiprivato o privato o quando desidera scegliere da sola il medico curante. Invece non è più indispensabile un'assicurazione complementare per il finanziamento del ricovero in ospedali al di fuori del Cantone di domicilio o in ospedali privati che figurano nella lista degli ospedali cantonali. Peraltro bisogna tenere anche conto che spesso le assicurazioni complementari ospedaliere includono anche contributi per le cure ambulatoriali e le spese di trasporto.

*(Fonti: "Chronisch krank - was leisten die Sozialversicherungen? / Maladie chronique? - prestations des assurances sociales" Leitfaden 2013 / Guide pratique 2013, Lega svizzera contro il cancro / Lega polmonare Svizzera / Associazione svizzera per il diabete", disponibile solo d/f. Con il cortese sostegno del signor G. Pestalozzi-Seger, Integration Handicap)*