

Seguro médico LAMal en Suiza: guía completa para entender cómo funciona

GUÍA PARA ESPAÑOLES EN SUIZA - ESPANOLESSENSUIZA.CH



La tarjeta de asegurado, la prima mensual y la primera factura: los tres papeles que suelen llegar a la vez a un recién llegado.

Pagas todos los meses una prima a tu aseguradora suiza y, aun así, te llega una factura del médico que tienes que pagar de tu bolsillo. No es un error de facturación. Es exactamente así como está diseñado el sistema, y esta guía existe para que entiendas por qué, qué estás pagando en cada momento y qué ocurre cuando necesitas usar tu seguro.

La puedes leer entera, de principio a fin, para entender el sistema completo, o puedes ir directamente a la sección que resuelve tu duda concreta. El índice está pensado para las dos formas de leerla.

Índice

1. ¿Qué es exactamente la LAMal?
2. ¿Quién tiene que tener seguro médico en Suiza?
3. ¿Qué pago realmente con la LAMal?
4. La prima mensual
5. La franquicia
6. ¿Qué ocurre después de alcanzar la franquicia?
7. ¿Cuánto puedo llegar a pagar realmente?
8. Hospitalización
9. ¿Cómo se pagan las facturas?
10. ¿Qué cubre el seguro básico?
11. ¿Qué no cubre necesariamente la LAMal?
12. Accidentes
13. Modelos de seguro
14. Seguro básico frente a seguro complementario
15. ¿Todas las aseguradoras cubren lo mismo?
16. Reducción de primas
17. Cambiar de aseguradora
18. Cambiar de franquicia o modelo
19. Niños y familias
20. Embarazo y maternidad
21. Recién llegados
22. Fronterizos y otros casos internacionales
- Cosas que solemos entender mal de la LAMal
- Preguntas frecuentes
- Glosario español-francés-alemán
- Fuentes oficiales y recursos útiles

1. ¿Qué es exactamente la LAMal?

Lo primero que hay que dejar claro es que LAMal no es una aseguradora. LAMal son las siglas de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, la ley federal suiza que obliga a toda persona domiciliada en Suiza a tener un seguro de enfermedad. En alemán se llama KVG, Krankenversicherungsgesetz. Es la misma ley, con dos nombres según el idioma.

Esta ley crea lo que se llama el seguro obligatorio de asistencia sanitaria, también llamado seguro básico. La ley fija exactamente qué prestaciones médicas cubre ese seguro, cuánto puedes llegar a pagar de tu bolsillo y qué reglas deben respetar todas las aseguradoras que lo ofrecen. La ley es una sola para todo el país. Lo que cambia de una aseguradora a otra no es lo que cubren, sino la prima que cobran y algunos aspectos de gestión.

Dicho de otro modo: la LAMal es el reglamento del juego, y las aseguradoras son las empresas que están obligadas a jugarlo según esas reglas. Cuando contratas un seguro básico con Helsana, CSS, Groupe Mutuel o cualquier otra aseguradora admitida, no estás comprando un producto distinto en cada caso. Estás comprando exactamente el mismo catálogo de prestaciones legales, envuelto por una empresa diferente.

Esto es distinto del seguro complementario, del que hablaremos en el apartado 14. El seguro complementario no está regulado por la LAMal, sino por el derecho contractual de seguros, y ahí sí que cada aseguradora puede ofrecer coberturas distintas, rechazar solicitudes o aplicar condiciones según tu estado de salud.

Resumiendo los cuatro términos que vas a encontrar constantemente en esta guía:

- LAMal: la ley federal que obliga a asegurarse y define qué cubre el seguro básico.
- Seguro básico obligatorio (assurance obligatoire des soins, Grundversicherung): el producto concreto que estás obligado a tener, idéntico en prestaciones legales en cualquier aseguradora.
- Aseguradora: la empresa admitida por la Confederación que gestiona tu seguro básico y te cobra la prima.
- Seguro complementario: cobertura adicional, voluntaria, regulada por otra ley, que cada aseguradora diseña como quiere.

2. ¿Quién tiene que tener seguro médico en Suiza?

La regla general es sencilla: toda persona domiciliada en Suiza debe tener seguro básico, sin excepción por edad, nacionalidad o estado de salud. Una aseguradora no puede rechazarte ni ponerte condiciones especiales por tener una enfermedad previa.

El plazo para afiliarse es de tres meses desde el momento en que tomas domicilio en Suiza. Ese mismo plazo se aplica a los padres para asegurar a un recién nacido.

Si te afilias dentro de ese plazo de tres meses, el seguro se considera vigente desde el primer día en que tomaste domicilio en Suiza, no desde el día en que firmaste el contrato. Esto tiene una consecuencia práctica importante: si tuviste algún gasto médico durante esos primeros meses, la aseguradora te lo reembolsa con carácter retroactivo, pero tú también le debes las primas de esos meses, igualmente con carácter retroactivo. No es que te libres de pagar esos meses por haber tardado en afiliarte; simplemente pagas todo junto cuando por fin firmas.

Si te afilias más tarde de esos tres meses, el seguro solo empieza a producir efectos desde el día de la afiliación. Todo lo anterior queda a tu cargo, y además la aseguradora puede aplicarte un recargo en la prima si considera que el retraso no estaba justificado. Si no te afilias por tu cuenta, algunos cantones asignan de oficio una aseguradora al pasar el plazo, normalmente con la franquicia más baja y por tanto la prima más cara.

Esto es todo lo que se puede decir con carácter general. Existen reglas particulares para trabajadores fronterizos, estudiantes que no tienen domicilio fiscal en Suiza, pensionistas que cobran una pensión suiza viviendo en otro país, personas desplazadas temporalmente

por su empresa y residentes de otros países del entorno europeo. En estos casos el resultado depende de convenios internacionales concretos y de la situación personal, por lo que no se pueden resumir en una única regla. El apartado 22 explica los principios generales, pero cualquier caso de este tipo debe consultarse con la autoridad cantonal competente o, en el caso de los fronterizos, con las instituciones de enlace correspondientes.

3. ¿Qué pago realmente con la LAMal?

Este es probablemente el apartado que más ayuda a entender por qué el sistema suizo resulta confuso al llegar de España. En España, en la práctica, el sistema sanitario público se financia principalmente con impuestos y no hay que hacer cuentas cada vez que vas al médico. En Suiza, el seguro básico separa con mucha precisión cinco conceptos distintos, y cada uno responde a una pregunta diferente:

- La prima: lo que pagas cada mes solo por estar asegurado, la utilices o no.
- La franquicia: la cantidad de gastos médicos que debes asumir tú antes de que la aseguradora empiece a participar.
- La participación en los costes o quote-part: el porcentaje que sigues pagando tú una vez superada la franquicia.
- La contribución hospitalaria: un importe fijo por día de hospitalización, aparte de todo lo anterior.
- Los gastos no cubiertos: prestaciones que la LAMal simplemente no paga, cubiertas o no por franquicia.

Se puede resumir así, sabiendo que es una fórmula conceptual y no una suma directa:

Coste sanitario personal = primas + participación en los costes (franquicia más quote-part) + contribución hospitalaria si la hay + prestaciones no cubiertas.

La razón por la que no se puede sumar todo mecánicamente es que la mayoría de estos conceptos solo se activan si realmente utilizas el sistema sanitario. Una persona que no va al médico en todo el año paga solo su prima. Otra persona con la misma póliza que sufre un accidente y pasa por el hospital puede terminar el año con los cinco conceptos activados a la vez. Ambas tienen el mismo contrato; su gasto real depende de cuánto lo hayan utilizado, no de lo que hayan firmado.

4. La prima mensual

La prima es la cantidad fija que pagas cada mes a tu aseguradora, se use el seguro o no. Se paga por adelantado, normalmente mes a mes, y no se recupera si no vas al médico. No es una cotización sobre tu salario, es una cuota fija.

Esto es probablemente lo que más sorprende a quien llega de un sistema como el español. En España la sanidad pública se financia sobre todo con impuestos y cotizaciones proporcionales al salario. En Suiza, en cambio, la LAMal utiliza primas de capitación: dentro de una misma aseguradora, un mismo modelo de seguro y una misma región de primas, la aseguradora cobra en principio la misma prima a todos los adultos, gane 3.000 francos al mes o 12.000. El salario no determina directamente cuánto pagas de prima.

Lo que sí influye en el importe de la prima es lo siguiente:

- El cantón y la región de primas donde vives: cada aseguradora fija primas distintas según zonas, porque el coste medio de la sanidad varía de una región a otra.
- La edad: existen categorías distintas para niños, jóvenes adultos y adultos, con primas más bajas para los más jóvenes.
- La aseguradora: cada una calcula sus propios costes y fija su propia prima, dentro de las reglas de la LAMal.
- El modelo de seguro elegido: un modelo estándar con libre elección de médico cuesta más que un modelo médico de familia, HMO o Telmed, explicados en el apartado 13.
- La franquicia elegida: cuanto más alta es la franquicia, más baja es la prima mensual, porque asumes tú una parte mayor del riesgo.
- Si incluyes o no la cobertura de accidentes dentro de tu seguro básico, tal como se explica en el apartado 12.

Existe una vía para reducir la prima según los ingresos, que no depende de negociar con la aseguradora sino de un subsidio cantonal: la reducción individual de primas, explicada en el apartado 16.

Una aclaración necesaria: que la prima no dependa del salario no significa que el sistema suizo carezca de mecanismos de redistribución. Existen, pero funcionan de forma distinta a la cotización proporcional: mediante la reducción de primas financiada por cada cantón. No es objeto de esta guía valorar si ese diseño es mejor o peor que otros sistemas; el objetivo aquí es simplemente que entiendas cómo funciona el que tienes delante.

5. La franquicia

La franquicia (en francés franchise, en alemán Franchise o Selbstbehalt en su forma más amplia) es la cantidad de gastos médicos cubiertos por la LAMal que debes pagar tú mismo antes de que tu aseguradora empiece a asumir una parte de los siguientes gastos. Es, con diferencia, el concepto que genera más confusión, así que vamos a dedicarle el espacio que merece.

La franquicia no es una cuota que se paga aparte, como la prima. Es un umbral: hasta que los gastos médicos cubiertos por la LAMal durante el año no superan esa cantidad, la factura la pagas íntegramente tú. La aseguradora, mientras tanto, sigue cobrándote la

prima con normalidad; franquicia y prima son cosas distintas y no se compensan entre sí.

Al contratar el seguro básico, cada adulto elige una franquicia entre varias opciones disponibles: 300, 500, 1000, 1500, 2000 o 2500 francos al año. Los 300 francos son la franquicia ordinaria, la más baja posible para un adulto; no existe la opción de no tener franquicia. Cuanto más alta es la franquicia elegida, más baja es la prima mensual, porque asumes tú una parte mayor del riesgo económico.

Para los menores de edad las reglas son distintas y más favorables: pueden tener franquicia cero, es decir, no tener franquicia en absoluto, o elegir una franquicia de hasta 600 francos. Volveremos sobre esto en el apartado 19.

Un punto que hay que dejar completamente claro porque genera muchos malentendidos: la franquicia funciona por año civil, del 1 de enero al 31 de diciembre, y no por los doce meses siguientes a la fecha en que contrataste el seguro. El contador de gastos vuelve a cero cada 1 de enero, sea cuando sea que empezaste tu póliza. Si llegaste a Suiza a mitad de año, tu franquicia anual sigue siendo la cantidad completa que elegiste, no una parte proporcional al tiempo que llevas asegurado; lo único proporcional es la prima, que se calcula por días si empiezas o terminas la póliza a mitad de mes.

Veamos cómo funciona con un ejemplo. Imaginemos a Laura, de 34 años, que vive en Lausana. Laura ha elegido una franquicia de 2.500 francos y paga una prima mensual de 380 francos. Los importes de las facturas de este ejemplo son ficticios; las reglas de cálculo que se aplican son las reales.

EL AÑO DE LAURA - FRANQUICIA 2.500 CHF

Enero: una factura de 180 francos por una consulta con su médico de familia

Laura aún no ha gastado nada de su franquicia este año. Como el gasto está por debajo de los 2.500 francos, paga ella misma la factura completa: 180 francos. Lleva acumulados 180 francos de franquicia consumida, y le quedan 2.320 francos de franquicia por delante.

Sigue acumulando gastos a lo largo del año

Cuando lleva 500 francos acumulados: sigue pagando todo ella, porque continúa por debajo de los 2.500 francos de franquicia.

Cuando llega a 1.000 francos acumulados: exactamente igual, la franquicia todavía no se ha agotado, así que el gasto sigue siendo enteramente suyo.

Cuando llega a 2.500 francos acumulados: en ese preciso momento agota su franquicia. Todo lo gastado hasta aquí, los 2.500 francos, lo ha pagado ella.

Cuando llega a 3.000 francos acumulados: los primeros 2.500 francos siguen siendo suyos por la franquicia ya consumida; de los 500 francos que superan ese umbral, entra en juego la quote-part, explicada en el siguiente apartado.

Cuando llega a 10.000 francos acumulados en el año: la franquicia sigue fija en 2.500 francos, ya agotada desde hace tiempo; a partir de ahí todo lo que exceda los 2.500 francos se reparte según la quote-part, hasta el límite anual que veremos en el apartado 7.

Si Laura se hubiese trasladado a Suiza el 1 de julio, su franquicia para ese primer año seguiría siendo de 2.500 francos completos, no de 1.250. Lo que sí se calcularía de forma proporcional sería su prima de esos seis meses, no la franquicia.

6. ¿Qué ocurre después de alcanzar la franquicia?

Una vez que los gastos médicos cubiertos por la LAMal superan tu franquicia anual, no pasas a tener todo gratis. Entra en juego la participación en los costes, conocida como quote-part (en alemán Selbstbehalt en su forma reducida, o Kostenbeteiligung).

Con carácter general, sobre la parte de los gastos que supera la franquicia, el asegurado sigue pagando un 10 por ciento, y la aseguradora asume el 90 por ciento restante. Ese 10 por ciento tiene, a su vez, un tope anual: como máximo 700 francos al año para un adulto y 350 francos al año para un menor. Existe una excepción: cuando se rechaza un medicamento genérico disponible pudiendo tomarlo, la quote-part sobre ese medicamento concreto puede subir al 20 por ciento.

Veamos un ejemplo numérico completo con Laura. Su franquicia es de 2.500 francos y durante el año acumula gastos médicos cubiertos por la LAMal por un total de 4.200 francos.

CONCEPTO	IMPORTE
Gastos médicos cubiertos por la LAMal en el año	4.200 CHF
Menos franquicia (a cargo de Laura íntegramente)	2.500 CHF
Importe restante sobre el que se calcula la quote-part	1.700 CHF
Participación de Laura: 10% de 1.700 CHF	170 CHF
Total pagado por Laura (franquicia + quote-part)	2.670 CHF
Importe asumido por la aseguradora	1.530 CHF

El cálculo se hace sobre el importe que queda una vez descontada la franquicia, nunca sobre el total de la factura. Y como los 170 francos de quote-part de Laura están muy por debajo del tope de 700 francos anuales para adultos, en este ejemplo ella nunca llega a alcanzar ese límite.

7. ¿Cuánto puedo llegar a pagar realmente?

Es tentador resumir todo esto con una frase como "con franquicia de 2.500 francos, como máximo pagarás 3.200 francos al año". Esa cifra no es falsa, pero es incompleta, y conviene entender exactamente qué incluye y qué deja fuera antes de usarla para hacer un presupuesto.

Los 3.200 francos de ese ejemplo corresponden a franquicia (2.500) más el tope de quote-part para un adulto (700). Eso es, efectivamente, el máximo que puedes llegar a pagar en participación en los costes por prestaciones cubiertas por la LAMal en un año. Pero esa cifra no incluye:

- Las primas mensuales, que se siguen pagando durante todo el año independientemente de si alcanzas o no ese máximo.
- La contribución hospitalaria de 15 francos por día si en algún momento del año estás hospitalizado, que se suma aparte y no tiene tope.
- Cualquier prestación no cubierta por la LAMal, como las que se explican en el apartado 11, que quedan totalmente a tu cargo sin que cuenten para ningún límite.

Veamos dos ejemplos completos para un año con la franquicia de 2.500 francos de Laura y su prima de 380 francos mensuales.

SITUACIÓN	PRIMAS DEL AÑO	FRANQUICIA Y QUOTE-PART	OTROS GASTOS	TOTAL PAGADO POR LAURA
Año tranquilo: solo dos visitas al médico, sin hospitalización	4.560 CHF	350 CHF (no llega a agotar la franquicia)	0 CHF	4.910 CHF
Año con un ingreso hospitalario de 4 días y varios tratamientos	4.560 CHF	3.200 CHF (franquicia agotada + tope de quote-part alcanzado)	60 CHF (contribución hospitalaria, 15 CHF x 4 días)	7.820 CHF

La prima, en ambos casos, es exactamente la misma: 4.560 francos al año. Lo que cambia drásticamente es el resto, según cuánto haya utilizado Laura el sistema sanitario ese año.

8. Hospitalización

Una hospitalización necesaria desde el punto de vista médico está cubierta por el seguro básico, siempre que se realice en lo que se llama división común (en francés *division commune*, en alemán *allgemeine Abteilung*), es decir, en habitación compartida, en un hospital de la lista del cantón donde estés asegurado o de convenio.

Dentro de esa hospitalización, además de la franquicia y la quote-part que ya conoces, se aplica una contribución adicional específica: 15 francos por día de estancia hospitalaria, sin límite en el número de días. Esta contribución cubre parte de los costes de manutención y alojamiento, y se paga aparte de todo lo demás.

Existen exenciones importantes: los menores de 18 años no pagan esta contribución; los jóvenes adultos hasta los 25 años que todavía estén en formación tampoco la pagan; y las mujeres están exentas de esta contribución cuando la hospitalización corresponde a prestaciones de maternidad.

Es importante aclarar qué significa exactamente división común, porque es aquí donde se confunde a menudo el seguro básico con el complementario. El seguro básico te da derecho a ser tratado médicamente igual que cualquier otro paciente, en habitación compartida y sin elegir médico específicamente. Si quieres una habitación privada o semiprivada, o quieres poder elegir directamente a un médico jefe de servicio, eso pertenece normalmente al terreno del seguro complementario de hospitalización, que es un contrato aparte, voluntario, y sujeto a las condiciones de admisión que veremos en el apartado 14.



La división común, con habitación compartida, es la que cubre el seguro básico; una habitación privada pertenece al terreno del complementario.

9. ¿Cómo se pagan las facturas?

Además de todo lo anterior, hay un aspecto puramente administrativo que también sorprende a quien llega de España: hay dos sistemas distintos para pagar una factura médica, y de cuál se use depende que recibas una factura completa en casa o solo un resumen de tu aseguradora.

El primer sistema es el tiers garant, que en alemán equivalente se conoce dentro del sistema como facturación al asegurado. Funciona así: el médico te envía a ti la factura completa. Tú la pagas primero, y después la envías a tu aseguradora para que te reembolse la parte que le corresponde, una vez descontados franquicia y quote-part si procede. Es el sistema habitual con los médicos de cabecera en buena parte de Suiza, especialmente en la Suiza francófona.

El segundo sistema es el tiers payant, facturación directa. Aquí el médico o el hospital envía la factura directamente a tu aseguradora, que la paga y después te reclama a ti únicamente la parte que te corresponde, si la hay. Este sistema es habitual en hospitales, farmacias y, en muchos cantones, cada vez más extendido también entre médicos generales.

Un ejemplo de cada caso, con importes ficticios de 250 francos:

Ejemplo con tiers garant: el médico te envía una factura de 250 francos. Tú la pagas directamente al médico. Después la presentas a tu aseguradora, que revisa cuánto de esos 250 francos corresponde a tu franquicia o quote-part y cuánto le corresponde asumir a ella, y te reembolsa esa parte a tu cuenta.

Ejemplo con tiers payant: el médico envía la misma factura de 250 francos directamente a tu aseguradora. La aseguradora la paga al médico y, si aún no has agotado tu franquicia, te envía a ti un aviso reclamándote esos 250 francos, o la parte de ellos que corresponda según tu franquicia y tu quote-part.

Esta es la razón por la que, en Suiza, unas veces recibes una factura médica completa que tienes que pagar tú directamente, y otras veces solo recibes un desglose de tu aseguradora explicando qué te cobra. No es que en un caso estés más cubierto que en el otro: en ambos casos tu franquicia y tu quote-part funcionan exactamente igual. Lo único que cambia es quién paga primero al médico.

10. ¿Qué cubre el seguro básico?

El catálogo legal de prestaciones que cubre la LAMal es extenso, y no es el objetivo de esta guía reproducirlo entero como si fuera un manual jurídico. Sí conviene tener una idea clara de las grandes categorías que cubre, y de que la cobertura suele estar condicionada a que la prestación sea médicamente necesaria, esté prescrita o indicada por un profesional autorizado, o figure en listas oficiales concretas.

- Consultas con el médico de cabecera y con especialistas, cuando corresponde según el modelo de seguro elegido.
- Hospitalización médicamente necesaria en división común, según lo explicado en el apartado 8.
- Medicamentos, siempre que figuren en la lista de especialidades reconocida oficialmente y estén prescritos.
- Análisis de laboratorio prescritos médicamente.
- Fisioterapia, cuando ha sido prescrita por un médico.
- Psicoterapia, con reglas concretas según si la realiza un médico psiquiatra o un psicólogo bajo delegación médica.
- Seguimiento del embarazo, parto y prestaciones de maternidad, con las particularidades del apartado 20.
- Atención de urgencia, en Suiza y, dentro de ciertos límites, también en el extranjero.
- Determinados medios auxiliares, como sillas de ruedas o prótesis, según listas oficiales y a menudo con límites de importe.
- Algunas prestaciones de prevención concretas, como determinadas vacunas y programas de cribado reconocidos, no la prevención en un sentido genérico.
- Tratamientos urgentes en el extranjero, normalmente hasta el doble de lo que hubiese costado el mismo tratamiento en Suiza, y tratamientos no urgentes fuera de Suiza solo en supuestos muy concretos y generalmente con autorización previa.

La idea que hay que retener es que "está cubierto" casi nunca es una frase completa por sí sola. Casi siempre hay una condición detrás: que exista prescripción médica, que el proveedor esté autorizado, que el medicamento esté en la lista correspondiente o que el modelo de seguro elegido se haya respetado.

11. ¿Qué no cubre necesariamente la LAMal?

Hay un grupo de prestaciones que sorprenden bastante a quien llega de España, porque en el imaginario de un seguro médico "completo" se suele asumir que están incluidas y en la LAMal, con carácter general, no lo están.

- Tratamiento dental en adultos: por regla general no está cubierto, salvo excepciones legales concretas, como determinadas enfermedades graves del sistema masticatorio o consecuencias de un accidente. No es correcto decir que el dentista nunca está cubierto; sí es correcto decir que la revisión y el tratamiento dental habituales no lo están.
- Gafas y lentillas: la LAMal solo contribuye con importes muy limitados y en supuestos concretos, no con el coste real de unas gafas graduadas normales.
- Habitación privada o semiprivada durante una hospitalización, que pertenece al terreno del seguro complementario, como se ha explicado en el apartado 8.
- Tratamientos que no están reconocidos científicamente según los criterios de eficacia, adecuación y economicidad que exige la ley.
- Determinadas prestaciones de medicina alternativa: algunas sí están reconocidas bajo condiciones concretas (por ejemplo cuando las realiza un médico con formación específica), y otras no lo están en absoluto; conviene comprobar el caso concreto en lugar de asumir una respuesta general.
- Prestaciones realizadas fuera de las condiciones legales, por ejemplo tratamientos por proveedores no autorizados o sin la prescripción exigida.

El patrón que conviene recordar es el mismo que en el apartado anterior: en salud dental, óptica y medicina alternativa casi siempre hay excepciones legales concretas, así que conviene comprobar el caso antes de asumir una respuesta categórica en cualquiera de los dos sentidos.

12. Accidentes

La LAMal distingue entre enfermedad y accidente, y esta distinción tiene consecuencias prácticas importantes en quién paga qué.

Si trabajas para un empleador en Suiza al menos 8 horas semanales, tu empleador está obligado a asegurarte contra accidentes mediante la LAA, la ley federal sobre el seguro de accidentes (en alemán UVG). Esta cobertura es distinta de la LAMal, la paga en gran parte tu empleador, y es considerablemente más generosa: cubre los accidentes profesionales y también los no profesionales, sin franquicia ni quote-part para el asegurado.

Como estarías cubierto dos veces para los accidentes no profesionales -por tu empleador a través de la LAA y por tu seguro básico- la ley permite pedir a tu aseguradora de salud que suspenda la cobertura de accidentes dentro de tu LAMal, dejando de pagar esa parte de la prima. Esta suspensión solo entra en vigor a partir del primer día del mes siguiente a la solicitud, y no se reembolsan retroactivamente las primas de accidentes ya pagadas mientras estuviste doblemente cubierto.

Si trabajas menos de 8 horas semanales para el mismo empleador, la LAA solo te cubre los accidentes profesionales y los que ocurren en el trayecto entre casa y trabajo. Los accidentes no profesionales -en casa, haciendo deporte, de viaje- quedan a cargo de tu seguro básico LAMal, y ahí sí se aplican tu franquicia y tu quote-part con normalidad, exactamente igual que si se tratara de una enfermedad.

Las personas que no ejercen actividad remunerada -niños, personas jubiladas, personas que se dedican al hogar, estudiantes sin empleo- no tienen acceso a la LAA y dependen siempre de la cobertura de accidentes de su seguro básico.

Un punto que conviene vigilar: si dejas un empleo que te cubría con la LAA, tu cobertura de accidentes con ese empleador termina al mismo tiempo que el contrato, aunque con un periodo de prolongación breve tras el último día de trabajo. Si tu seguro básico tenía suspendida la cobertura de accidentes porque confiabas en la LAA de tu empleador, conviene reactivarla en tu LAMal en el momento en que dejas ese trabajo, para no quedarte sin cobertura de accidentes en ningún momento.

13. Modelos de seguro

Dentro del mismo seguro básico, con el mismo catálogo legal de prestaciones, existen distintos modelos de seguro que condicionan cómo accedes a la atención médica, a cambio de una prima más baja o más alta.

- Modelo estándar: libre elección de médico y especialista desde el principio, sin restricciones de circuito. Es el modelo con la prima más alta, precisamente porque no impone ninguna limitación.
- Modelo de médico de familia: te comprometes a acudir primero a un médico de cabecera concreto o a un grupo determinado, que decide si y cuándo remitirte a un especialista. A cambio, la prima es más baja.

- Modelo HMO (Health Maintenance Organization): similar en la idea al modelo de médico de familia, pero el primer contacto se hace en un centro médico concreto en lugar de con un médico individual. También suele tener primas más reducidas.
- Modelo Telmed: antes de acudir a cualquier consulta no urgente, tienes que llamar primero a un servicio telefónico o digital de la aseguradora, que valora la situación y te orienta sobre el paso siguiente.
- Otros modelos alternativos: algunas aseguradoras ofrecen variantes propias de estos esquemas, siempre dentro del mismo catálogo legal de prestaciones.

Ningún modelo, por más barato que sea, reduce ni amplía el catálogo legal de prestaciones que cubre la LAMal. Lo que cambia es el camino que tienes que seguir para acceder a esas prestaciones, no la lista de qué está cubierto.

Elegir un modelo implica también aceptar sus reglas de funcionamiento. Si acudes directamente a un especialista sin pasar por el circuito que exige tu modelo, salvo en una urgencia real, tu aseguradora puede negarse a asumir su parte de esa factura o aplicarte condiciones distintas a las habituales. Esta guía no recomienda ningún modelo en particular: cada uno implica un equilibrio distinto entre precio y comodidad de acceso, y esa valoración depende de cada persona.

14. Seguro básico frente a seguro complementario

Esta es una de las distinciones más importantes de toda la guía, porque a menudo el mismo recibo bancario mensual incluye conceptos de ambos seguros, y eso hace parecer que son una sola cosa cuando jurídicamente no lo son.

El seguro básico está regulado por la LAMal, es obligatorio, tiene un catálogo de prestaciones idéntico en cualquier aseguradora, y ninguna aseguradora puede rechazarte ni ponerte condiciones por tu estado de salud.

El seguro complementario está regulado por la LCA, la ley federal sobre el contrato de seguro, que es derecho contractual ordinario, no seguridad social. Es voluntario, cada aseguradora diseña sus propias coberturas y precios, y para contratarlo normalmente hay que responder un cuestionario de salud. Según las respuestas, la aseguradora puede aceptarte sin condiciones, aceptarte con exclusiones o recargos para determinadas dolencias, o directamente rechazar tu solicitud. Esto es radicalmente distinto de cómo funciona el seguro básico.

Un detalle que conviene tener presente: aunque contrates el seguro básico y uno o varios seguros complementarios con la misma compañía, y aunque te lleguen en la misma factura o en el mismo sobre, se trata de contratos jurídicamente independientes, cada uno con sus

propias condiciones, plazos de resiliación y reglas de admisión. Cancelar uno no cancela automáticamente el otro, y las reglas para cambiar de aseguradora que veremos en el apartado 17 no son las mismas para el complementario.

15. ¿Todas las aseguradoras cubren lo mismo?

Para el seguro básico, sí: la LAMal fija legalmente el catálogo de prestaciones, la franquicia mínima, el porcentaje de la quote-part y su tope anual, y ninguna aseguradora puede cubrir menos ni exigir más de lo que dice la ley para ese seguro. En eso no hay margen de diferenciación entre aseguradoras.

Lo que sí varía de una aseguradora a otra dentro del seguro básico es:

- La prima, que cada aseguradora calcula según sus propios costes y su estructura de asegurados.
- Los modelos de seguro concretos que ofrece y sus condiciones prácticas.
- La calidad del servicio de atención al cliente y la rapidez en tramitar reembolsos.
- Los canales disponibles para gestionar tu seguro: aplicación móvil, atención telefónica, oficinas físicas.
- Aspectos puramente administrativos, como la forma de enviar facturas o justificantes.

Esta guía no compara aseguradoras ni establece cuál es mejor. Priminfo, el comparador oficial de la Confederación, permite comparar primas entre aseguradoras según tu región, tu edad, tu modelo y tu franquicia, y es la referencia oficial para esa comparación concreta.

16. Reducción de primas

La reducción individual de primas (réduction individuelle des primes en francés, Prämienvverbilligung en alemán, a menudo abreviada RIP o IPV) es un subsidio que ayuda a pagar la prima del seguro básico a personas con ingresos modestos en relación con su composición familiar.

La regulación concreta -quién puede solicitarla, qué se considera renta determinante, cómo se calcula el importe del subsidio y qué trámites hay que seguir- depende de cada cantón, dentro de un marco federal común. Esto significa que no existe un único límite de ingresos válido para toda Suiza: los umbrales y los importes varían de un cantón a otro, y a veces de forma considerable.

Con carácter general, puede solicitar esta reducción cualquier persona domiciliada en el cantón cuya renta determinante se sitúe por debajo del umbral que fija ese cantón para su situación familiar concreta. Los recién llegados a Suiza también pueden tener derecho a esta reducción desde su primer año, dependiendo de las reglas cantonales.

Como los criterios exactos varían por cantón, la única forma fiable de saber si tienes derecho a esta reducción y de cuánto sería es consultar directamente al servicio cantonal competente en materia de reducción de primas de tu cantón de residencia.

17. Cambiar de aseguradora

Sí, se puede cambiar de aseguradora de seguro básico cada año, y ninguna aseguradora puede rechazar tu solicitud de seguro básico, sea cual sea tu edad o tu estado de salud.

La regla general es que la carta de rescisión debe llegar a tu aseguradora actual antes del 30 de noviembre, para que el cambio sea efectivo el 1 de enero siguiente. Lo relevante es la fecha en que la aseguradora recibe la carta, no la fecha en que la envías, así que conviene enviarla con margen y, preferiblemente, por correo certificado.

Existe una vía adicional para quienes tienen la franquicia ordinaria de 300 francos y el modelo estándar: en ese caso concreto también se puede cambiar de aseguradora con efecto el 1 de julio, siempre que la rescisión llegue antes del 31 de marzo.

Además, si tu aseguradora te comunica una subida de prima para el año siguiente, tienes un derecho de rescisión extraordinario: puedes cancelar en el plazo de un mes desde que recibes ese aviso, aunque ya haya pasado el 30 de noviembre. Las aseguradoras están obligadas a comunicar las nuevas primas del año siguiente antes del 31 de octubre, así que en la práctica ese derecho extraordinario suele ejercerse durante noviembre.

Para que la rescisión sea válida, hay que tener al día el pago de todas las primas y participaciones pendientes con la aseguradora que dejas. Lo más prudente es formalizar primero la afiliación con la nueva aseguradora y rescindir la anterior solo después de tener esa confirmación, para no quedarte sin cobertura en ningún momento.

Todo esto se refiere exclusivamente al seguro básico. El seguro complementario, si lo tienes, sigue sus propios plazos contractuales, habitualmente distintos y a menudo con tres meses de preaviso antes de fin de año.

18. Cambiar de franquicia o modelo

Cambiar de franquicia o de modelo de seguro dentro de la misma aseguradora es posible, pero no está sujeto exactamente a las mismas reglas que cambiar de aseguradora.

En términos generales, estos cambios también se gestionan con efecto al 1 de enero del año siguiente, y cada aseguradora fija su propio plazo interno para recibir la solicitud, que suele situarse hacia finales de noviembre para bajar la franquicia, y puede llegar hasta finales de diciembre para subir la franquicia o para pasar del modelo estándar a un modelo alternativo. Como estos plazos internos varían de una aseguradora a otra, conviene comprobarlos directamente con la tuya en lugar de asumir una fecha única.

Esta guía no recomienda qué franquicia o qué modelo elegir: es una decisión que depende de cuánto uses habitualmente el sistema sanitario, de tu capacidad para asumir un gasto puntual más alto a cambio de una prima mensual más baja, y de tus propias preferencias sobre cómo acceder a la atención médica.

19. Niños y familias

En Suiza, cada persona está asegurada individualmente, incluidos los menores de edad. No existe una póliza familiar única que cubra a todos los miembros del hogar: cada hijo tiene su propio contrato de seguro básico, aunque en la práctica la familia gestione todo junto y probablemente con la misma aseguradora.

Las primas de los menores son más bajas que las de los adultos, y suelen dividirse en categorías de edad (por ejemplo, niños y jóvenes hasta cierta edad, y jóvenes adultos en una franja algo más cara pero aún por debajo de la prima adulta plena).

Como se explicó en el apartado 5, los menores pueden tener franquicia cero o elegir una franquicia de hasta 600 francos, siempre por debajo del mínimo de 300 francos que se aplica a los adultos. Su quote-part sigue el mismo 10 por ciento que la de los adultos, pero con un tope anual más bajo: 350 francos al año en lugar de 700.

No conviene asumir automáticamente que todo lo que se aplica a un adulto se aplica igual a un menor. Además de las franquicias y el tope de quote-part ya mencionados, los menores están exentos de la contribución hospitalaria de 15 francos por día, como se explicó en el apartado 8.

20. Embarazo y maternidad

El embarazo y el parto tienen un tratamiento particular dentro de la LAMal, distinto del resto de prestaciones médicas.

Hay un grupo de prestaciones específicas de maternidad -los controles del embarazo realizados por un médico o una matrona, el parto y los cuidados directamente relacionados con él- que no están sujetas ni a franquicia ni a quote-part en ningún momento, precisamente por tratarse de prestaciones de maternidad.

Además, desde la semana 13 de embarazo y hasta ocho semanas después del parto, cualquier prestación médica relacionada con una enfermedad durante ese periodo tampoco está sujeta a franquicia ni a quote-part, aunque no sea estrictamente una prestación de maternidad. Es una protección más amplia, pensada para ese periodo concreto.

La contribución hospitalaria de 15 francos por día, explicada en el apartado 8, tampoco se aplica a las mujeres cuando la hospitalización corresponde a prestaciones de maternidad.

Fuera de ese periodo y de esas prestaciones específicas, el resto de la atención médica de una mujer embarazada que no esté directamente relacionada con el embarazo sigue las reglas generales de franquicia y quote-part, como cualquier otra prestación médica.



Entre la llegada y la primera factura de primas retroactivas suelen pasar varias semanas: conviene afiliarse cuanto antes.

21. Recién llegados

He llegado a Suiza. ¿Qué tengo que hacer con la LAMal?

Este apartado es deliberadamente práctico. No sustituye el asesoramiento migratorio ni de residencia; se limita a la parte del seguro médico.

- Plazo: tienes tres meses desde que tomas domicilio en Suiza para afiliarte a un seguro básico. El mismo plazo se aplica a un recién nacido en Suiza.
- Elección de aseguradora: puedes elegir libremente entre cualquier aseguradora admitida por la Confederación; ninguna puede rechazarte por tu edad o tu estado de salud.
- Fecha de inicio: si te afilias dentro del plazo de tres meses, tu seguro se considera vigente desde el día en que tomaste domicilio en Suiza, no desde el día en que firmas.
- Pago retroactivo de primas: precisamente por lo anterior, es habitual que tu primera factura incluya varios meses de prima juntos, correspondientes al periodo entre tu llegada y tu afiliación efectiva. No es un error ni un cobro indebido.
- Mientras esperas la tarjeta de asegurado: puedes acudir al médico igualmente presentando el justificante de afiliación que te da la aseguradora; la tarjeta física suele tardar algunas semanas en llegar.

- Documentos que suele pedir la aseguradora: normalmente tu identificación, tu permiso de residencia o el justificante de que lo has solicitado, y tu dirección en Suiza.

Un consejo puramente práctico: no esperes al último día del plazo de tres meses para elegir aseguradora. Comparar primas y modelos lleva algún tiempo, y cuanto antes formalices la afiliación, antes tendrás tu justificante y tu tarjeta.

22. Fronterizos y otros casos internacionales

Esta guía no puede cubrir con detalle todos los casos internacionales, porque el resultado concreto depende de varios factores a la vez: el país de residencia, el país donde trabajas, en algunos supuestos tu nacionalidad, tu situación profesional exacta y los acuerdos internacionales aplicables entre Suiza y ese país.

Como principio general, un trabajador fronterizo que reside en un país vecino y trabaja en Suiza tiene la obligación de asegurarse, con un plazo de tres meses desde el inicio de su contrato de trabajo en Suiza para afiliarse a una caja suiza. En determinados países vecinos existen acuerdos que permiten ejercer un derecho de opción: elegir, dentro de ese mismo plazo de tres meses, entre el seguro suizo LAMal o el sistema de seguro médico de su país de residencia. Esa elección, una vez hecha, no se puede modificar libremente más adelante fuera de los supuestos que prevé el propio acuerdo.

No se puede generalizar que todos los trabajadores fronterizos tengan las mismas opciones: depende del país concreto de residencia y de los acuerdos bilaterales vigentes con ese país. Tampoco se puede generalizar el caso de estudiantes sin actividad lucrativa en Suiza, pensionistas que cobran una pensión suiza residiendo en el extranjero, o personas desplazadas temporalmente por su empresa: cada uno de estos perfiles tiene reglas propias que dependen de su situación exacta.

Si te encuentras en alguno de estos casos, lo correcto es consultar tu situación concreta con la autoridad cantonal competente en materia de seguro de enfermedad o, en el caso de trabajadores fronterizos, con las instituciones de enlace correspondientes en materia de seguridad social, en lugar de aplicar por analogía la regla general de esta guía.

Cosas que solemos entender mal de la LAMal

"Pago 400 francos al mes, así que

el médico debería ser gratis."

La prima paga el derecho a estar asegurado, no las prestaciones concretas que recibes. Mientras no superes tu franquicia, sigues pagando tú las facturas médicas cubiertas por la LAMal, además de la prima. Son dos conceptos distintos que coexisten, como se explica en el apartado 3.

"Hasta que no alcance mi franquicia, el seguro no me cubre."

Sí te cubre: es la razón por la que esa factura entra en el cálculo de tu franquicia. Lo que ocurre es que, dentro de esa cobertura, la ley reparte quién paga cada franco, y hasta agotar la franquicia te toca pagarlos a ti.

"Una aseguradora más cara cubre más tratamientos."

El catálogo de prestaciones del seguro básico lo fija la LAMal, es idéntico en todas las aseguradoras admitidas. Lo que puede variar entre aseguradoras es la prima, el modelo de seguro y el servicio, no el catálogo legal de prestaciones cubiertas.

"LAMal es una aseguradora."

LAMal es la ley que obliga a asegurarse y que regula el seguro básico. Las aseguradoras son las empresas admitidas que gestionan ese seguro obligatorio, cada una con su propia marca.

"Seguro básico y complementario son lo mismo."

Son dos contratos distintos, regulados por leyes distintas. El básico es obligatorio y con admisión garantizada; el complementario es voluntario y la aseguradora puede rechazarte o aplicarte condiciones según tu estado de salud.

"La franquicia dura doce meses desde que contrato el seguro."

La franquicia funciona por año civil, del 1 de enero al 31 de diciembre, y el contador vuelve a cero cada 1 de enero, independientemente de cuándo empezó tu póliza.

"Los accidentes siempre están incluidos igual."

Depende de si trabajas al menos 8 horas semanales para un empleador que te asegura mediante la LAA. Si es así, esa cobertura es más generosa que la de la LAMal y puede sustituir a la del seguro básico. Si no, los accidentes no profesionales quedan a cargo de tu LAMal con franquicia y quote-part, igual que una enfermedad.

"Cuando alcanzo mi máximo anual ya no pago

absolutamente nada relacionado con mi salud."

Alcanzar el tope de franquicia y quote-part significa que dejas de pagar participación en los costes por prestaciones cubiertas por la LAMal ese año. Sigues pagando la prima mensual, la contribución hospitalaria si estás ingresado, y cualquier prestación no cubierta por la LAMal, como se explica en el apartado 7.

"Si cambio de aseguradora pierdo prestaciones."

El catálogo de prestaciones del seguro básico es el mismo en cualquier aseguradora admitida, así que cambiar de aseguradora de seguro básico no te hace perder cobertura legal. Donde sí conviene ir con cuidado es en el seguro complementario, porque ahí la nueva aseguradora puede aplicar un nuevo cuestionario de salud.

Preguntas frecuentes

¿Puedo estar sin seguro médico en Suiza mientras tramito mi permiso de residencia?

No. La obligación de asegurarte corre desde que tomas domicilio en Suiza, con un plazo de tres meses para afiliarte, esté o no resuelto ya tu permiso. Ver apartado 2.

¿Qué pasa si no me afilio dentro de los tres meses?

Tu seguro solo empezará a cubrirte desde el día en que finalmente te afilies, puede aplicarse un recargo en la prima, y en algunos cantones se te puede asignar de oficio una aseguradora. Ver apartado 2.

¿Por qué pago una prima todos los meses si no voy nunca al médico?

Porque la prima paga el derecho a estar asegurado, no un consumo concreto de servicios médicos. Es un sistema de capitación, no de pago por uso. Ver apartado 4.

¿La prima depende de mi salario?

No directamente. Depende del cantón y región donde vives, tu edad, la aseguradora, el modelo elegido y tu franquicia. Existe un mecanismo distinto, la reducción de primas, para adaptar el coste a tus ingresos. Ver apartados 4 y 16.

¿Qué franquicia debería elegir?

Esta guía no da esa recomendación: depende de cuánto usas habitualmente el sistema sanitario y de tu capacidad de asumir un gasto puntual alto a cambio de una prima mensual más baja. Ver apartado 5.

¿La franquicia se reparte proporcionalmente si llego a mitad de año?

No. La franquicia anual completa se mantiene igual; lo que se calcula de forma proporcional es la prima de esos meses. Ver apartado 5.

¿Qué es exactamente la quote-part?

Es el 10 por ciento que sigues pagando tú sobre los gastos que superan tu franquicia, hasta un tope anual de 700 francos para adultos y 350 para menores. Ver apartado 6.

¿Cuál es el máximo que puedo pagar en un año?

Franquicia más el tope de quote-part es el máximo en participación en los costes, pero eso no incluye tus primas, la contribución hospitalaria ni las prestaciones no cubiertas. Ver apartado 7.

¿Por qué me cobran aparte por estar hospitalizado si ya pagué mi franquicia?

La contribución hospitalaria de 15 francos por día es un concepto distinto de la franquicia y de la quote-part, y se suma a ambas. Ver apartado 8.

¿Por qué unas veces recibo la factura del médico y otras solo un resumen de mi aseguradora?

Depende de si el proveedor usa tiers garant (te factura a ti primero) o tiers payant (factura directamente a tu aseguradora). Ver apartado 9.

¿El dentista está cubierto por la LAMal?

Por regla general no, salvo excepciones legales concretas relacionadas con enfermedades graves del sistema masticatorio o accidentes. Ver apartado 11.

¿Qué pasa si tengo un accidente haciendo deporte?

Depende de si trabajas al menos 8 horas semanales para un empleador que te cubre con la LAA. Si es así, ese accidente lo cubre la LAA de tu empleador, sin franquicia ni quote-part. Si no, lo cubre tu LAMal con franquicia y quote-part normales. Ver apartado 12.

¿Qué diferencia hay entre el modelo estándar y el modelo médico de familia?

El estándar permite elegir médico libremente, con una prima más alta. El de médico de familia exige pasar primero por un médico concreto, con una prima más baja. El catálogo de prestaciones es el mismo en ambos. Ver apartado 13.

¿El seguro básico y el complementario son un solo contrato si los tengo con la misma compañía?

No, son contratos independientes, con reglas de admisión y plazos de rescisión distintos, aunque te lleguen juntos en la misma factura. Ver apartado 14.

¿Puedo cambiar de aseguradora en cualquier momento del año?

Con carácter general no: el cambio de seguro básico se hace con efecto el 1 de enero, con rescisión antes del 30 de noviembre, salvo las excepciones explicadas en el apartado 17 (franquicia mínima con cambio al 1 de julio, o subida de prima con derecho extraordinario de rescisión).

¿Tengo derecho a una reducción de mi prima?

Depende de tu renta determinante y de tu cantón de residencia, ya que los criterios los fija cada cantón. Debes consultarlo con la autoridad cantonal competente. Ver apartado 16.

¿Mis hijos necesitan su propio seguro?

Sí, cada persona está asegurada individualmente en Suiza, incluidos los menores, aunque en la práctica se gestione todo junto en la misma aseguradora familiar. Ver apartado 19.

¿El embarazo tiene franquicia?

Las prestaciones específicas de maternidad no tienen franquicia ni quote-part nunca. Además, desde la semana 13 de embarazo hasta 8 semanas después del parto, cualquier prestación por enfermedad tampoco tiene franquicia ni quote-part. Ver apartado 20.

Soy trabajador fronterizo, ¿tengo las mismas reglas que un residente en Suiza?

No necesariamente: existen acuerdos particulares con determinados países vecinos y un posible derecho de opción entre el seguro suizo y el de tu país de residencia. Debe analizarse tu caso concreto. Ver apartado 22.

Glosario español-francés-alemán

ESPAÑOL	FRANÇÉS	ALEMÁN
Seguro básico	Assurance obligatoire des soins	Grundversicherung / OKP
Seguro complementario	Assurance complémentaire	Zusatzversicherung
Prima	Prime	Prämie
Franquicia	Franchise	Franchise
Participación en los costes	Quote-part / Participation aux coûts	Selbstbehalt / Kostenbeteiligung
Aseguradora	Assureur-maladie / Caisse-maladie	Krankenkasse / Versicherer
Médico de familia	Médecin de famille	Hausarzt
Hospital	Hôpital	Spital / Krankenhaus
Accidente	Accident	Unfall
Seguro de accidentes	Assurance-accidents (LAA)	Unfallversicherung (UVG)
Reducción de primas	Réduction individuelle des primes	Prämienverbilligung
Factura	Facture	Rechnung
Tiers garant	Tiers garant	Vertrauensprinzip / Kostenerstattung
Tiers payant	Tiers payant	Sachleistungsprinzip / Direktabrechnung

Fuentes oficiales y recursos útiles

Los importes, plazos y porcentajes de esta guía se han verificado con las fuentes oficiales indicadas a continuación. Cuando existía alguna divergencia entre una fuente secundaria y una fuente oficial, se ha dado prioridad a la fuente oficial.

Oficina Federal de Salud Pública (OFSP / BAG)

www.bag.admin.ch - obligación de asegurarse, plazos de afiliación, franquicias y quote-part, contribución hospitalaria, cobertura de accidentes, trabajadores fronterizos.

Priminfo, comparador oficial de primas de la Confederación

www.priminfo.admin.ch — comparación de primas entre aseguradoras según cantón, edad, modelo y franquicia.

ch.ch, el portal oficial de las autoridades suizas

www.ch.ch — explicaciones generales sobre el seguro de enfermedad orientadas al ciudadano.

Fedlex, el portal de la legislación federal

www.fedlex.admin.ch — texto de la LAMal/KVG y sus ordenanzas de aplicación.

Autoridades cantonales

Cada cantón gestiona su propio servicio de reducción de primas y, en varios casos, la afiliación de oficio en caso de retraso. Consulta el servicio de tu cantón de residencia para trámites concretos.

Fuentes secundarias utilizadas como apoyo

www.comparis.ch y espanolesensuiza.ch/lamal, únicamente para contexto y ejemplos prácticos, nunca para establecer una cifra, un plazo o una obligación legal cuando esta podía comprobarse en una fuente oficial.

Esta guía tiene carácter informativo y pretende ayudarte a entender cómo funciona el seguro obligatorio de enfermedad en Suiza. No constituye asesoramiento individual en materia de seguros. Determinadas situaciones pueden depender de circunstancias personales, profesionales, internacionales o cantonales, y en esos casos conviene consultar a la autoridad competente o a un profesional cualificado.

Última revisión: septiembre de 2026.