

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LA-Mal)

Osservazione:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile.

Le presenti condizioni d'assicurazione trovano applicazione per i seguenti assicuratori:

- Visana SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16
- sana24 SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16
- vivacare SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16
- Galenos SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16

1. Basi

1.1 Quali sono le basi legali vigenti?

Le basi legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono la legge federale vigente sull'assicurazione malattie (LAMal), la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e le loro disposizioni d'applicazione, come pure le presenti condizioni generali d'assicurazione CGA.

1.2 Da chi siete assicurati?

Richiedete all'assicuratore la vostra polizza d'assicurazione.

1.3 Qual è il raggio d'attività dell'assicuratore?

Il raggio d'attività per l'esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie comprende la Svizzera.

1.4 Quali sono le forme d'assicurazione speciali?

L'assicuratore offre l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata del fornitore di prestazioni sanitarie, con franchigie annue opzionali, come pure l'assicurazione con bonus (solo Visana).

Le forme d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni sanitarie, come pure l'assicurazione con bonus, si basano su CGA proprie.

L'assicurazione con bonus e le franchigie annue opzionali non possono essere combinate.

Le franchigie annue più elevate si basano sulle disposizioni dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

2. Rapporto d'assicurazione

2.1 Chi è assicurato?

L'assicuratore assicura le persone fisiche domiciliate entro il suo raggio di attività.

Si possono assicurare anche altre persone, a condizione che questo sia previsto dalla Legge sull'assicurazione malattie.

2.2 Quali sono le condizioni d'ammissione?

L'ammissione nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie è possibile solo se non esiste già una simile assicurazione presso un altro assicuratore.

Ogni persona deve presentare una domanda d'assicurazione scritta e firmata di proprio pugno. La proposta d'assicurazione può essere revocata entro sette giorni dall'apposizione della firma mediante raccomandata inviata all'assicuratore. Con l'invio

della dichiarazione di revoca si estinguono con effetto retroattivo tutti i diritti e gli obblighi di entrambe le parti. Per le persone interdette è necessaria la firma del loro rappresentante legale. Tutti i documenti necessari ai fini dell'ammissione nell'assicurazione devono essere trasmessi all'assicuratore.

2.3 Quali sono i gruppi d'età?

Esistono i seguenti gruppi d'età:

- I. bambini fino ai 18 anni compiuti
- II. assicurati dai 19 ai 25 anni compiuti
- III. assicurati a partire dai 26 anni

Il passaggio dal gruppo I al II, rispettivamente dal gruppo d'età II al III, avviene alla fine dell'anno civile nel quale si compiono i 18 oppure i 25 anni d'età.

2.4 Quando inizia/cessa l'assicurazione?

L'inizio e la fine dell'assicurazione si basano sulle disposizioni di legge.

L'adesione in tempo utile avviene entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. L'adesione sarà avvenuta in tempo utile se la proposta d'assicurazione scritta perviene all'assicuratore entro questo termine. In tal caso l'assicurazione inizia al momento della nascita o dell'acquisizione di domicilio in Svizzera.

In caso di adesione tardiva l'assicurazione inizia al momento dell'adesione, vale a dire al più presto il giorno in cui la proposta d'assicurazione perviene all'assicuratore. Per il ritardo non giustificabile, l'assicuratore esige un supplemento di premio.

L'assicurazione cessa tramite:

1. disdetta legalmente valida

La disdetta ordinaria è possibile per la fine di un semestre civile osservando un preavviso di tre mesi. Nel caso dell'assicurazione con bonus, dell'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, rispettivamente con franchigia annua maggiorata, la disdetta è possibile solo per la fine di un anno civile osservando un preavviso di tre mesi. All'atto della comunicazione del nuovo premio la persona assicurata può cambiare assicuratore con un termine di disdetta di un mese, per la fine del mese che precede l'inizio di validità del nuovo premio. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno lavorativo che precede l'inizio del termine di disdetta.

2. decesso della persona assicurata
3. trasloco al di fuori del raggio d'attività dell'assicuratore
L'assicurazione resta in vigore fino a che la persona assicurata ha preso un nuovo domicilio.
4. fine dell'obbligo d'assicurazione
La fine del rapporto d'assicurazione avviene tramite comunicazione scritta.

2.5 In che modo l'assicuratore trasmette le sue comunicazioni? Quali sono i vostri obblighi di notifica verso l'assicuratore?

1. Organo di pubblicazione

Le modifiche delle condizioni d'assicurazione come pure le comunicazioni di carattere generale vengono pubblica-

te in forma vincolante nell'organo di pubblicazione ufficiale del Gruppo Visana. A ogni economia domestica viene inviato un esemplare dell'organo di pubblicazione.

2. **Polizza d'assicurazione**
Tutte le persone assicurate ricevono una conferma individuale della loro copertura assicurativa sotto forma di polizza d'assicurazione.
3. **Obblighi di notifica degli assicurati**
Gli assicurati sono tenuti a notificare all'unità organizzativa dell'assicuratore, indicata sulla polizza d'assicurazione, tutti i cambiamenti della situazione personale (p. es. cambio di domicilio) che riguardano il rapporto d'assicurazione, entro il termine di un mese.
4. **Inosservanza degli obblighi di notifica**
Le conseguenze negative che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica sono a carico degli assicurati.

2.6 Chi si tiene a vostra disposizione per la consulenza?

Le unità organizzative competenti si tengono a disposizione degli assicurati per domande e consulenza.

3. Prestazioni

3.1 Che cos'è assicurato?

Sono assicurati i rischi di malattia, infortunio, infermità congenite, gravidanza e maternità.

3.2 Qual'è il volume delle prestazioni?

Il diritto alle prestazioni assicurative si basa sulla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e sulle relative ordinanze, come pure sulle condizioni generali d'assicurazione.

3.3 Potete sospendere la copertura degli infortuni?

La copertura contro gli infortuni può essere sospesa per quegli assicurati che sono coperti per tale rischio secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). L'assicuratore procede alla sospensione su richiesta delle persone assicurate, se queste possono dimostrare la piena copertura secondo la LAINF. Il premio viene ridotto in proporzione. La copertura contro gli infortuni è riattivata non appena cessa totalmente o parzialmente l'assicurazione secondo la LAINF. L'assicurazione malattie sociale assume i costi derivanti dalle conseguenze degli infortuni che erano assicurati presso di essa prima della sospensione.

3.4 Quando inizia il diritto alle prestazioni?

Il diritto alle prestazioni assicurative inizia il giorno in cui comincia l'assicurazione.

3.5 Come bisogna richiedere le prestazioni?

La persona assicurata deve fornire all'assicuratore tutte le informazioni necessarie all'accertamento del diritto alle prestazioni e alla loro determinazione e mettere a disposizione tutti i relativi documenti; a tale scopo essa autorizza inoltre l'assicuratore alla consultazione degli atti di altri assicuratori e delle autorità e a richiedere le necessarie informazioni ai fornitori di prestazioni sanitarie. Gli assicurati possono esigere che i medici curanti e altri operatori sanitari comunichino le informazioni mediche esclusivamente al medico di fiducia. Gli infortuni devono essere notificati all'assicuratore.

3.6 Dove vengono corrisposte le prestazioni?

Le prestazioni vengono per principio corrisposte in Svizzera.

3.7 Quali prestazioni vengono corrisposte all'estero?

Durante un soggiorno negli Stati membri dell'UE, in Islanda o in Norvegia, gli assicurati hanno diritto alle cure medico-sanitarie necessarie, conto tenuto del genere di prestazione e della durata presumibile del soggiorno. In caso di soggiorno negli altri Stati esteri il diritto esiste solo in caso di cure d'urgenza. È con-

siderata urgenza l'evenienza di un trattamento medico durante il soggiorno temporaneo degli assicurati all'estero. Non c'è situazione d'urgenza quando gli assicurati si recano all'estero con lo scopo di sottoporsi a trattamento medico.

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume, nell'ambito della legge, i costi di un parto all'estero, se lo stesso avviene con lo scopo di acquisire una cittadinanza estera.

L'ammontare delle prestazioni si basa sulla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

3.8 In quali casi l'assicuratore limita le sue prestazioni?

1. **Economicità del trattamento**
Le prestazioni vengono corrisposte nella misura in cui esse osservano il principio dell'economicità del trattamento sancito dalla legge.
2. **Sovrindennizzo**
La concomitanza di prestazioni di diverse assicurazioni sociali non deve originare un sovrindennizzo a favore della persona assicurata. Le prestazioni vengono ridotte dell'importo relativo al sovrindennizzo.
3. **Autorizzazione dei fornitori di prestazioni sanitarie**
Se un fornitore non è autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le prestazioni non vengono corrisposte.

3.9 Le prestazioni vengono ridotte o rifiutate in caso di intenzionalità o negligenza grave?

Le prestazioni non vengono ridotte né rifiutate, neanche quando il caso d'assicurazione è stato cagionato intenzionalmente o per negligenza grave.

3.10 Come avviene il pagamento delle prestazioni?

I pagamenti avvengono dopo l'esame del diritto alle prestazioni ed esclusivamente in franchi svizzeri. Gli assicurati sono tenuti a comunicare all'assicuratore un recapito di pagamento bancario o postale svizzero. In caso di mancata comunicazione, le spese derivanti dal versamento sono a carico degli assicurati. Se gli assicurati sono debitori dell'onorario (sistema «terzo garante»), le fatture e i giustificativi devono essere inviati all'assicuratore. I rimborsi sono pagati direttamente agli assicurati. Prima di procedere al pagamento, gli assicurati hanno il diritto di sottoporre le fatture all'assicuratore per il controllo e l'accertamento del diritto di rimborso. Se, in base a convenzioni stipulate con i fornitori di prestazioni sanitarie, l'assicuratore è debitore dell'onorario (sistema «terzo pagante») e sussiste il diritto alle prestazioni assicurative, il pagamento è effettuato direttamente ai fornitori di prestazioni sanitarie.

3.11 Quando si estingue il diritto alle prestazioni?

Il diritto alle prestazioni dovute si estingue cinque anni dopo la fine del mese per il quale esse erano dovute.

3.12 Qual'è il rapporto nei confronti di altre assicurazioni e di prestazioni di terzi (normativa di regresso)?

1. **Obbligo d'informazione e di notifica**
Se per un caso assicurativo sono tenuti a corrispondere prestazioni anche altri assicuratori o terze persone, l'assicuratore deve esserne informato. La percezione di prestazioni è anche soggetta all'obbligo di notifica. Gli accordi e le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificati all'assicuratore prima dell'erogazione, rispettivamente della firma. Gli assicurati hanno l'obbligo di notificare i loro diritti nei confronti di altri assicuratori o di terze persone tenute al pagamento.
L'inosservanza di questi obblighi d'informazione e di notifica può avere come conseguenza la riduzione o il rifiuto delle prestazioni.
2. **Coordinamento delle prestazioni**

Il rapporto dell'assicurazione malattie sociale nei confronti delle altre assicurazioni sociali si basa sulle disposizioni di legge.

3. Surrogazione

Insorto l'evento assicurato, l'assicuratore subentra nei confronti del terzo responsabile per il caso assicurativo, fino all'ammontare delle prestazioni legali nei diritti della persona assicurata.

3.13 Quando dovete rimborsare le prestazioni?

Le prestazioni corrisposte ingiustamente o per errore devono essere rimborsate all'assicuratore.

4. Premi e partecipazione ai costi

4.1 Quali premi dovete pagare?

Dalla polizza di assicurazione rileverete il vostro premio, il quale deve essere pagato in anticipo per almeno un mese. Nel mese di adesione i premi sono dovuti dal primo giorno dell'inizio effettivo dell'assicurazione. Nel mese di uscita/mese di decesso, il premio non è più dovuto per il periodo dopo l'effettiva uscita/dopo il giorno di decesso.

4.2 Qual'è l'ammontare dei premi?

I premi vengono riscossi a scadenza mensile, trimestrale, semestrale o annuale. I relativi termini di pagamento sono indicati sulle fatture dei premi. In caso di pagamenti semestrali o annuali, l'assicuratore accorda degli sconti. Le condizioni vengono stabilite dall'assicuratore.

4.3 Qual'è l'ammontare dei premi?

L'ammontare dei premi si basa sulle tariffe approvate dall'autorità di vigilanza. I premi sono graduati secondo i gruppi d'età e le regioni. Le persone che sono assoggettate all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi, sono esentate dal pagamento dei premi a partire dall'inizio dell'assoggettamento, a condizione che comunichino lo stesso all'assicuratore almeno otto settimane prima del suo inizio. In caso di mancato rispetto di questo termine, a partire dalla notifica, ma non prima dell'inizio del servizio militare, l'assicuratore non riscuote più i premi.

4.4 Qual'è l'ammontare dei premi per le forme d'assicurazione speciali?

Gli assicurati che optano per la scelta limitata dei fornitori di prestazioni sanitarie oppure per la franchigia annua più elevata, usufruiscono di riduzioni dei premi. La graduazione dei premi inerente l'assicurazione con bonus è indicata in un regolamento separato.

4.5 Quali partecipazioni ai costi dovete pagare?

Franchigia, aliquota percentuale e contributo ai costi della degenza in ospedale vengono riscossi secondo le disposizioni legali federali.

Se più figli di una famiglia sono assicurati presso lo stesso assicuratore, la partecipazione ai costi annua totale ammonta a massimo CHF 950.-.

4.6 Cosa succede se pagate i premi in ritardo?

1. Premi / partecipazioni ai costi

Se, nonostante il sollecito di pagamento, l'assicurato non paga i premi e le partecipazioni in arretrato, l'assicuratore lo diffida e gli assegna un termine supplementare di 30 giorni per il pagamento. Se nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, così come gli interessi di mora, l'assicuratore avvia l'esecuzione. Al contempo, l'assicuratore informa l'ente cantonale competente. Per eventuali premi arretrati si addebita un interesse di mora del 5 per cento.

2. Diffide

Le diffide avvengono in forma scritta.

3. Costi

I costi della procedura esecutiva e altre spese possono essere addebitati all'assicurato in mora. In caso di diffida o di esecuzione può essere addebitata un'indennità d'inconvenienza.

4. Cambiamento dell'assicuratore

Gli assicurati in mora non possono cambiare assicuratore finché non hanno pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione.

4.7 Commissioni

Le persone assicurate hanno diverse possibilità di effettuare il pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi senza commissioni. L'assicuratore può addebitare alle persone assicurate le commissioni applicate al pagamento allo sportello postale o presso altri punti di accesso fisici della Posta.

5. Contenzioso

5.1 Quando potete richiedere una decisione?

Le persone assicurate che non sono d'accordo con una risoluzione dell'assicuratore, possono richiedere l'emissione di una decisione formale.

5.2 Quando potete impugnare una decisione?

Le decisioni formali possono essere impugunate facendo opposizione presso l'assicuratore entro 30 giorni dalla notifica.

5.3 Qual'è il foro competente in caso di controversie?

Contro le decisioni su opposizione dell'assicuratore si può fare ricorso entro 30 giorni presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni competente per il luogo di domicilio della persona assicurata. Si può adire al Tribunale delle assicurazioni anche quando l'assicuratore non emette una decisione formale o una decisione su opposizione, nonostante la richiesta della persona interessata. Contro le sentenze dei Tribunali cantonali delle assicurazioni si può interporre ricorso entro 30 giorni al Tribunale federale.

5.4 Quando sono competenti i tribunali arbitrali?

Per le controversie tra fornitori di prestazioni sanitarie e gli assicurati o gli assicuratori, sono competenti i Tribunali arbitrali cantonali. Se l'onorario è dovuto dalla persona assicurata, l'assicuratore la rappresenta a proprie spese.

6. Disposizioni varie

6.1 Come vengono trattati i dati personali?

I dati personali vengono trattati principalmente per fornire le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e poter assistere e consigliare le persone assicurate riguardo a una copertura assicurativa affidabile e adeguata alle loro esigenze. Inoltre, l'assicuratore non può esimersi dal trattare dati personali per acquisire nuovi clienti nell'ambito della LAMal, adempiere i requisiti normativi e regolamentari, sviluppare (ulteriormente) i propri prodotti e servizi e continuare a svolgere un'attività sicura, efficiente ed economica. Il disbrigo delle prestazioni e le procedure di incasso comprendono misure di trattamento elettronico dei dati classificabili come singole decisioni individuali automatizzate. Le telefonate con i nostri collaboratori e collaboratrici possono essere registrate al fine di garantire una fornitura ottimale dei servizi, nonché a fini di formazione.

Nella misura in cui ciò sia necessario e previsto per legge, l'assicuratore può comunicare i dati a terzi coinvolti nel disbrigo delle pratiche contrattuali in Svizzera e all'estero (ad es. assicuratori coinvolti, medici di fiducia e della compagnia, autorità), in particolare alle società del Gruppo Visana e a coassicuratori, assicuratori precedenti e successivi e riassicuratori, ai fini del trattamento. In particolare, l'assicuratore può anche incaricare terzi di fornire servizi a favore della persona assicurata (ad es.

fornitori di servizi IT). L'assicuratore si impegna a vincolare per contratto tali terzi all'obbligo di riservatezza e a una successiva gestione dei dati personali in conformità con la protezione dei dati. Tale impegno non si riferisce solo a dati personali come ad es. il nome, la data di nascita e il numero d'assicurato, bensì può comprendere anche dati particolarmente sensibili, nello specifico dati individuali sulla salute. A tale riguardo si osservano i più severi requisiti di legge per il trattamento dei dati personali particolarmente sensibili.

I dati personali possono essere conservati sia in forma cartacea che in forma elettronica. Il salvataggio dei dati avviene prevalentemente in Svizzera. L'assicuratore adotta le misure necessarie affinché i dati personali vengano trasmessi soltanto in Paesi che garantiscono una protezione dei dati adeguata.

L'assicuratore ha cura dell'attualità, affidabilità e completezza dei dati personali comunicati.

L'assicuratore rileva e utilizza dati personali in conformità con le disposizioni applicabili sulla protezione dei dati, segnatamente la Legge federale sulla protezione dei dati, e con ulteriori direttive di legge, in particolare gli articoli 84, 84a e 84b LAMal.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali sono contenute nell'informativa sulla protezione dei dati dell'assicuratore su Internet: www.visana.ch/protezione-dei-dati.

6.2 Chi è soggetto all'obbligo di mantenere il segreto?

Tutte le collaboratrici e i collaboratori del Gruppo Visana sono soggetti all'obbligo di mantenere il segreto professionale secondo la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA).

6.3 È possibile stipulare un contratto di riassicurazione?

L'assicuratore stipula contratti di riassicurazione nelle misura in cui questi siano nell'interesse degli assicurati e sia prescritto dall'Ordinanza sull'assicurazione malattie.

6.4 Quando entrano in vigore le presenti CGA e chi può modificarle?

Queste condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2024. Eventuali modifiche possono essere apportate dall'assicuratore in qualsiasi momento.